

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 51

DE

LA FIÈVRE DANS LES OREILLONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 27 JUILLET 1891

PAR

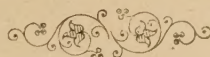
E. GREFFIÉ

Né à Lespinassière (Aude)

Ancien interne des hôpitaux de Nîmes

Ancien professeur-adjoint d'accouchements à la Maternité du Gard

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1891



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555606_0026

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN, Doyen.

BERTIN-SANS, ASSESSEUR.

Professeurs.

MESSIEURS :

<i>Médecine légale et toxicologie.</i>	JAUMES.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	DUBRUEIL *
<i>Chimie médicale et Pharmacie.</i>	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)	
<i>Hygiène.</i>	BERTIN-SANS.
<i>Clinique médicale.</i>	CASTAN *.
<i>Clinique médicale.</i>	GRASSET.
<i>Physiologie.</i>	LANNEGRACE.
— HÉDON (Ch. de c.)	
<i>Clinique chirurgicale.</i>	TÉDENAT.
<i>Clinique obst. et gynécot.</i>	GRYNFELT.
<i>Anat. pathol. et histol.</i>	KIENER *.
<i>Thérap. et Matière médicale.</i>	HAMELIN *.
<i>Anatomie.</i>	PAULET (O. * *).
<i>Pathologie interne.</i>	CARRIEU.
<i>Clinique des mal. ment. et nerv.</i>	MAIRET.
<i>Physique médicale.</i>	IMBERT.
<i>Botan. et Hist. Nat. méd.</i>	GRANEL.
<i>Pathologie externe. (ch. de c.)</i>	ESTOR.
<i>Opérations et appareils. (ch. de c.)</i>	FORCUE.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. * *).

Prof. honor. M. DUPRÉ (O. * C. *).

Chargés de Cours complémentaires :

<i>Clinique annexe des maladies des vieillards.</i>	MM. REIMBEAU (*) agrégé.
<i>Histologie</i>	BLAISE, agrégé.
<i>Clinique annexe des maladies des enfants.</i>	BAUMEL, agrégé.
<i>Clinique annexe ophthalmologique</i>	TRUC, agrégé.
<i>Accouchements</i>	GERBAUD, agrégé.
<i>Clinique annexe des mal. syphilit. et cutan.</i>	BROUSSE, agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
DE GIRARD.	VILLE.	BROUSSE.
SERRE.	FORGUE.	SARDA.
REGIMBEAU (*).	TRUC.	ESTOR.
BLAISE.	GERBAUD.	HÉDON.
BAUMEL.	GILIS	LECERCLE.

M. H. GOU, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse :

MM. KIENER, président.
BERTIN-SANS, professeur.
BLAISE, agrégé.
SARDA, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

E. GREFFIÉ.

A mon grand-oncle l'Abbé A. GREFFIÉ

A ma tante Marie GREFFIÉ

Sœur de Saint-Vincent-de-Paul
Supérieure à Douai (Nord)

E. GREFFIÉ.

A Monsieur le Professeur GRANEL

A Monsieur SOREL

Médecin principal de l'Armée, Chevalier de la Légion d'Honneur

A TOUS MES MAITRES

E. GREFFIÉ.

À mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur KIENER

Médecin principal de l'Armée, Chevalier de la Légion d'Honneur

E. GREFFIÉ.

INTRODUCTION

Pendant notre internat dans le service de M. le médecin principal Sorel, nous avons eu l'occasion d'observer quatorze cas d'oreillons, dont cinq avec orchite. Nos malades étaient venus à Nîmes pour les écoles à feu et appartenaient tous au 12^m bataillon d'artillerie de forteresse, en garnison partie à Briançon et partie à Grenoble.

A l'époque où ces soldats avaient quitté leurs villes respectives (4 avril 1891), il y régnait une forte épidémie d'oreillons; quelques-uns des malades que nous avons observés furent atteints pendant leur voyage, d'autres bien après leur arrivée à Nîmes (les deux derniers 17 jours après leur arrivée). Aucun des soldats de la garnison de Nîmes n'a été contaminé.

A l'occasion de cette petite épidémie, M. le médecin principal nous donna l'idée d'un travail sur la marche de la fièvre dans les oreillons.

Que M. Sorel nous permette de lui exprimer ici notre vive gratitude, non seulement pour la bienveillance avec laquelle il a mis à notre disposition près de cent courbes de fièvre ourlienne recueillies dans les différents services hospitaliers dont il a été chargé pendant ces dernières années, mais encore pour les sages conseils qu'il nous a prodigués dans le temps si profitable pour notre instruction où nous avons eu l'honneur d'être son interne.

M. le Professeur Kiener nous a également communiqué quelques observations très intéressantes, c'est pour nous un

devoir bien doux à remplir que de le remercier de ses savants conseils et de l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous sommes heureux, avant de commencer notre travail, que la tradition nous donne l'occasion d'exprimer notre reconnaissance à nos Maîtres de la Faculté de Montpellier et des hôpitaux de Nîmes pour les excellentes leçons qu'ils nous ont données pendant le cours de nos études médicales.

Durant notre internat dans les hôpitaux de Nîmes, l'Administration des hospices nous a toujours montré une extrême bienveillance. Nous lui adressons ici nos remerciements les plus sincères.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA FIÈVRE DANS LES OREILLONS

AVANT-PROPOS

EXPOSITION — DIVISION

La marche de la fièvre dans les oreillons est relativement peu connue. Certains vont jusqu'à contester l'existence de la fièvre ourlienne, tandis que d'autres définissent les oreillons « une maladie générale, fébrile, spécifique, épidémique, contagieuse, etc. » (D'Helly, *Dictionnaire pratique*, art. *Oreillons*.)

Ces appréciations, si différentes, s'expliquent par la difficulté qu'ont les médecins à observer une maladie pour laquelle ils ne sont généralement pas consultés. Aussi, bien des affirmations contradictoires reposent sur des idées préconçues ou sur des observations incomplètes ou peu nombreuses.

Hippocrate avait cependant bien observé les faits, et nous ne saurions mieux faire que de citer sa remarquable description de l'épidémie de Thasos :

« Il survint aussi des tumeurs aux oreilles, d'un seul côté chez beaucoup d'individus, des deux côtés chez le plus grand nombre; les malades étaient sans fièvre et restaient levés. Il y en eut cependant quelques-uns qui ressentirent une certaine chaleur; chez tous, ces tumeurs disparurent sans signes critiques. Elles se formèrent chez les adolescents, chez les gens à la fleur de l'âge, et, parmi ces derniers, chez presque tous ceux qui fréquentaient la palestre et les gymnases; elles se montrèrent rarement chez les femmes; chez un grand nombre, il y eut des toux sèches, des toux sans expectoration, et la voix devenait rauque. Chez les uns immédiatement; chez les autres, après quelque temps, il survenait des phlegmasies douloureuses aux testicules, d'un côté seulement ou des deux à la fois; chez les uns, il y eut des fièvres; chez les autres, il n'y en eut pas; ces accidents étaient pour la plupart très douloureux; du reste, les malades n'avaient pas besoin de recourir aux soins que l'on reçoit dans l'officine. »

Hippocrate avaient donc observé la fièvre de l'oreillon et la fièvre de l'orchite.

Un des derniers auteurs qui se sont occupés de la question a prétendu que la fièvre de l'oreillon était toujours due à une complication, et qu'en présence d'une température élevée dans la parotide ourlienne, il fallait chercher autre chose. Nous croyons pouvoir démontrer, au contraire, que les oreillons, maladie infectieuse, peuvent avoir leur fièvre initiale, fièvre inconstante, nous le voulons bien, mais qui n'en existe pas moins dans quelques cas. A notre avis, dès le début, l'infection ourlienne peut se traduire et se traduit assez souvent par de la fièvre avant que l'oreillon paraisse ou

pendant l'évolution de l'oreillon ; cette fièvre reste à l'état latent pendant une période plus ou moins longue pour reparaître un peu plus tard, soit à propos d'une orchite, soit indépendamment d'une nouvelle fluxion.

Il nous semble que l'allure de la fièvre ourlienne est comparable à celle de la *relapsing fever* des Anglais, à ce que nous appelons la fièvre à rechutes (*febris recurrens*).

Dans les deux cas, on trouve un premier cycle fébrile suivi d'une apyrexie plus ou moins longue, pendant laquelle la température descend parfois jusqu'à l'hypothermie, puis arrive un second cycle fébrile suivi lui aussi d'hypothermie et d'une convalescence plus ou moins longue.

Nous ne voulons pas dire par là que dans tous les cas la maladie ourlienne se présentera avec ses quatre phases successives, bien loin de notre pensée une pareille exagération ! Mais c'est le type complet de la maladie, type assez peu souvent réalisé, c'est le cadre dans lequel on peut faire rentrer à peu près toutes les formes d'oreillons, en faisant remarquer que telle ou telle période a été abortive.

C'est ainsi que nous avons compris l'étude de la fièvre ourlienne. Chacune des phases de la maladie nous fournira le sujet d'un chapitre et nous terminerons par quelques mots sur la nature de la fièvre dans les oreillons et sa valeur séméiologique.

Chapitre I^{er}. — Fièvre initiale des oreillons.

Chapitre II. — Apyrexie.

Chapitre III. — Fièvre testiculaire.

Chapitre IV. — Hypothermie, convalescence, accidents de la convalescence.

Chapitre V. — Nature de la fièvre, sa valeur séméiologique, diagnostique et pronostique.

Telle est la division qui nous a semblé la plus naturelle et que nous avons suivie dans notre travail.

CHAPITRE I

DE LA FIÈVRE OURLIENNE PRIMITIVE

Nous avons vu dans notre avant-propos qu'Hippocrate avait observé dans certains cas une fièvre légère au début de l'oreillon, mais que le plus souvent cette fièvre manquait. Depuis, bien des auteurs se sont éloignés de la vérité : les uns en décrivant comme constante une fièvre qui précéderait l'oreillon et tomberait au moment de la fluxion ou une fièvre contemporaine de l'oreillon évoluant d'une façon parallèle avec lui, les autres en rejetant absolument la fièvre ourlienne primitive. Sans remonter dans l'histoire des oreillons aux discussions des siècles passés, il nous suffira de citer les opinions si divergentes de quelques auteurs qui ont écrit dans notre siècle pour montrer combien la question qui nous occupe a été diversement interprétée.

Dans son excellente thèse, M. Karth donne les opinions de plusieurs auteurs allemands qui généralement admettent la fièvre dans les oreillons.

Warnekros(*Épidémie de Greifswald. Journal de Hufeland, 1820*) décrit de la façon suivante la fièvre qui nous occupe en ce moment :

« Cette inflammation des parotides s'accompagnait souvent de fièvre dans les premiers jours ; la fièvre débutait par un frisson, puis survenait de la chaleur, tantôt faible, tantôt plus forte, qui s'accompagnait parfois de douleur du ventre, mais

plus souvent de malaise et de violents vomissements. Ces vomissements durèrent deux à trois jours, le malade vomissait tout ce qu'il prenait, et, de temps en temps, les vomissements étaient mélangés de bile et de mucosités. Cependant, la fièvre et les vomissements n'étaient pas toujours intenses et quelques malades eurent seulement une légère fièvre catarrhale sans vomissements ».

Behr (*Journal de Hufeland, 1825*) signale la fièvre au début, surtout dans la période prodromique, qui serait le plus souvent de deux ou trois jours. — Il décrit des accidents nerveux avec fièvre violente, qui rappellent en tous points les symptômes typhoïdes que d'autres ont vus avant l'apparition de l'orchite, mais qui, ici, se sont signalés par une nouvelle fluxion parotidienne.

« Le gonflement de la tête, dit-il, disparaît brusquement ; il survient une fièvre violente, des maux de tête, les yeux deviennent brillants, il y a du délire, du marmottement, un affaissement considérable du malade. Le pouls est très petit, serré et rapide. La température de la peau est élevée, la langue sèche ; au commencement, la soif violente. Cet état grave se juge soit par la réapparition du gonflement des parotides, soit même par la mort ».

Krügelstein (*Hufeland's Journal 1835, Ueber die angine parotidia*) insiste sur la fièvre qui survint dans un certain nombre de cas dans l'épidémie qu'il eut l'occasion d'observer. La fièvre atteignait dans quelques cas une grande intensité et se modifiait suivant la constitution individuelle. Tantôt elle avait les caractères de la fièvre inflammatoire, tantôt ceux de la fièvre nerveuse. Quand elle précédait la fluxion, elle diminuait ou disparaissait lors de l'apparition de celle-ci ; mais, quand elle ne survenait qu'après la fluxion, elle durait autant qu'elle.

Wagner (*Jahrbuch der Kinderheilkunde, 1869*) dit que « la

fièvre était modérée chez tous les malades et présentait seulement une légère élévation vespérale dans la période d'augmentation de la fluxion. Dans un cas, je pus, dit-il, constater, deux jours avant l'apparition des premières traces de fluxion, une élévation notable de la température vespérale ».

Saltmann (*Jahrbuch der Kinderheilkunde*, 1877) a observé une température assez élevée au début : « La température s'éleva, dans la majorité des cas, rapidement à 39°, à 39°5, pour baisser ensuite au début du gonflement de la glande, se maintenir à une élévation moyenne de 38°2 à 38°5 (dans le rectum) et revenir à la normale dans tous les cas observés avant la disparition du gonflement. »

Gerhardt (*Lehrbuch der Kinderkrankheiten*, 1875) pense que jamais la maladie n'est complètement apyrétique et déplore qu'on n'ait pas pris la température dans certains cas accompagnés d'état typhoïde.

Suivant Lichtenstein, « partout où l'on a porté son attention sur la température, on a pu se convaincre que la parotide épidémique s'accompagne de fièvre, il est vrai, à des degrés bien différents, elle apparaît dans la période prodromique et cède souvent avant la disparition des accidents locaux ».

Luhe (*Eine parotitis epidemie, Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1879) dit que la maladie est le plus souvent apyrétique. Cependant, une douzaine de malades eurent 39°3 dans l'anus.

Rillet, dans la relation de l'épidémie de Genève, dit que « les symptômes généraux consistaient dans de la fièvre, qui ne durait guère que 24 à 48 heures; elle ne s'est prolongée au delà que dans des cas très intenses. Plusieurs malades, les enfants surtout, ont eu des vomissements assez répétés, du premier au second jour, plusieurs aussi ont eu des épistaxis.

Chez les adultes, un sentiment de lassitude générale, de

fatigue, d'énervation, a accompagné les oreillons ou leur a succédé».

Suivant Bouchut (*Gaz. des hôp.*, 1853), « les oreillons s'annoncent par de la courbature et une grande lassitude accompagnées d'une faible agitation générale ou fébrile; puis apparaissent les symptômes locaux».

Et ailleurs (1), « la fièvre qui naît avec les oreillons grandit avec eux, s'élève plus ou moins, suivant le degré des accidents et elle disparaît avec le gonflement de la partie supérieure du cou.

Telle n'est pas l'opinion de M. Jacob: « Cette absence de fièvre est un fait capital sur lequel on ne saurait trop insister. Nous pouvons affirmer, sans crainte de nous tromper, que les sept dixièmes des cas observés par nous en 1875 ont été complètement apyrétiques. Quant aux autres cas où il a été constaté de la fièvre, nous devons dire que, presque jamais, nous n'avons vu à celle-ci une allure identique dans deux cas différents.»

Lemarchand s'exprime ainsi: « Quelques médecins considèrent l'oreillon comme une maladie le plus souvent apyrétique. C'est que la fièvre ne peut pas être perçue par le médecin, car souvent elle tombe au moment où s'opère la fluxion.»

M. Cadet de Gassicourt, dans les cas qu'il a observés, n'a noté qu'une légère élévation de température; « la température a rarement dépassé 38°5; lors même qu'elle a été le plus véhémement, le thermomètre ne s'est pas élevé au-dessus de 39°5, et cela pour fort peu de temps.

Dans un travail plus récent de M. Sorel, sur la marche de la fièvre dans l'orchite ourlienne, l'auteur dit un mot en passant sur la fièvre dans l'oreillon simple: « Avant l'apparition

(1) Maladies des nouveau-nés.

de l'orchite, quand l'oreillon existe seulement, la température est ou normale ou abaissée de quelques dixièmes de degré. Ainsi donc, l'oreillon isolé donne souvent lieu à un abaissement de la température normale de trois à cinq dixièmes de degré.»

Plus récemment encore, dans une thèse très sérieuse, M. Guasco rapporte 53 observations et signale l'absence de fièvre dans la plupart des cas: « Rarement, la maladie a eu des prodromes; quand ils existaient, ils précédaient les symptômes locaux de douze à vingt-quatre heures et consistaient simplement dans un malaise accompagné de céphalalgie. Dans six ou sept cas à peine, la maladie a été précédée d'une fièvre légère. Dans la plupart des cas, les symptômes locaux ont marqué le début, ne s'accompagnant d'ordinaire d'aucun symptôme général. »

M. Viéla, un des derniers qui se soit occupé de la fièvre des oreillons, soutient que l'oreillon simple, c'est-à-dire dépouillé de toute complication, est apyrétique. « Quand la maladie se présente sous cette forme, elle est caractérisée par une fluxion plus ou moins accentuée de la région parotidienne, une douleur d'intensité variable à ce niveau, douleur qui se manifeste à la pression et dans les mouvements de la mâchoire inférieure, quelquefois un état de sécheresse de la bouche, mais, fait sur lequel nous insistons, elle se développe sans fièvre. »

Cependant, après avoir fait le compte de ces observations, noté les cas compliqués et les cas apyrétiques, il ajoute:

« Dans 6 cas seulement, il y a eu de la fièvre, la température s'est élevée à 38°, 39° et même 40°,2; mais cette fièvre a été très fugace, très irrégulière quant au jour de son apparition et sans aucun rapport avec l'état local, de sorte que nous sommes tentés de la rapporter à une cause autre que l'affection ourlienne, cause de nature indéterminée et qui a

échappé à l'observation.» Il est regrettable que l'auteur n'ait pas publié ces observations.

M. Viéla démontre ensuite que, dans bien des cas, la fièvre du début de l'oreillon est due à une angine, une bronchite, etc.; il donne des observations de cas indiscutables où la fièvre croît et décroît parallèlement à l'affection intercurrente, d'autres moins concluantes où la fièvre existe avec une complication sans que rien, à notre avis, permette d'affirmer qu'elle n'est pas due à l'infection ourlienne. Il n'en pose pas moins en principe que, « lorsqu'il y a de la fièvre dans l'oreillon simple, on peut la rapporter à une autre affection existant simultanément. » Quoi qu'en dise l'auteur de ce travail, il n'est pas toujours possible de trouver la maladie surajoutée, et certainement, il y a bien des cas où la fièvre est essentielle et où la complication n'existe pas. Quoi d'extraordinaire qu'une maladie infectieuse marque son invasion par un mouvement fébrile plus ou moins intense? Pourquoi la fluxion parotidienne ne s'accompagnerait-elle jamais de fièvre? Pourquoi la fluxion testiculaire aurait-elle seule ce privilège? Nous n'avons aucune répugnance à reconnaître la fièvre primitive de l'oreillon et nous ne voyons pas la nécessité d'admettre, dans les cas où on ne la trouve pas, une complication hypothétique.

Dans les observations que nous a communiquées M. Sorel, dans celles que nous avons prises avec lui, les complications ont toujours été recherchées avec soin, et, nous devons le dire, ces recherches ne nous ont pas toujours permis de confirmer la théorie de l'oreillon apyrétique.

Sur 14 observations de fièvre ourlienne primitive qui seront publiés dans le cours de ce travail, un cas seulement était accompagné de bronchite; nous avons à dessein laissé de côté les oreillons compliqués qui sortiraient du cadre que nous nous sommes tracé.

Toutes ces observations démontrent bien suffisamment qu'il existe parfois une poussée fébrile contemporaine de la fluxion parotidienne, mais toutes ne nous permettent pas de saisir la marche caractéristique de cette fièvre primitive.

Quand on n'assiste pas au début de la fièvre, comme cela arrive le plus souvent dans les cas qui nous occupent, il est bien difficile de déterminer la date de son invasion, car la plupart des malades sont mauvais observateurs et leurs renseignements sont souvent inexacts.

Dans les cas qui nous ont été communiqués par MM. Sorel et Kiener, la fièvre n'a pas été suivie dès son origine. Ces observations ont été prises dans des hôpitaux, et chacun sait que les malades ne s'y présentent jamais qu'un certain temps après le début de leur maladie, surtout quand cette maladie est bénigne; aussi, ce n'est pas dans un service hospitalier qu'on pourra faire l'étude de la fièvre initiale des oreillons.

Il s'ensuit que nos observations sont généralement incomplètes.

Nous les étudierons dans l'ordre suivant :

a. Celles où nous prenons la fièvre ourlienne pendant une partie de la période d'ascension pour la suivre jusqu'à la fin;

b. Celles où nous ne voyons que le déclin ou une partie du déclin;

c. Celles où nous ne trouvons que quelques températures élevées pendant le cours de la parotidite.

A. — Nos deux premières observations (voir à la fin de ce chapitre) nous permettent de suivre le cycle fébrile, depuis le deuxième jour jusqu'à l'apyrexie qui arrive le sixième. Ces deux courbes ont un air remarquable de parenté. Dans les deux cas, le fastigium 40°5 est atteint le troisième jour; dans les deux cas, la défervescence se fait en quarante-huit heures; le premier jour de la descente, la température du

soir se relève par rapport à celle du matin; le second jour, au contraire, elle resté stationnaire ou va en descendant du matin au soir. Entre ces deux courbes, on le voit, la ressemblance est frappante: elles font par conséquent partie d'une même famille, elles dérivent du même type.

Nous ne voudrions pas terminer ce qui a trait à ces observations où le cycle fébrile est à peu près complet sans faire remarquer la similitude de la fièvre primitive avec la fièvre secondaire de même durée. Il nous suffira pour cela de comparer les courbes des cas précédents avec celle de la fièvre orchitique de l'observation XXXII, par exemple.

Dans ce cas, le cycle secondaire a été complet en six jours; le *fastigium* a été atteint au troisième jour et la défervescence s'est faite suivant le mode que nous venons de décrire.

Si nos observations étaient plus nombreuses et surtout plus complètes, nous pourrions peut-être poursuivre la comparaison et arriver à cette conclusion que la fièvre présente exactement les mêmes caractères fondamentaux, qu'elle accompagne la parotidite ou la fluxion testiculaire.

B. — Malheureusement, notre seconde série de cas ne nous fait assister qu'à la défervescence, sans nous montrer ni depuis combien de temps la fièvre existe, ni l'allure du cycle fébrile. Nous donnerons à la fin du chapitre quelques observations de ce genre et à côté d'elles nous citerons un cas où, dès le début de la maladie et en même temps que les oreillons, paraît une *paini orchitique* qui reste stationnaire pendant cinq jours; durant ce laps de temps, nous observons une courbe de défervescence en lysis. La température, qui atteignait son maximum le deuxième jour de l'invasion, arrive à l'apyrexie le soir du cinquième jour. Le lendemain, l'orchite subit une brusque augmentation de volume et la fièvre reprend absolument comme si l'orchite venait de paraître. Dans ce cas, la fluxion testiculaire a présidé à l'évolution du premier et du

second paroxysmes de la fièvre ourlienne; nous ne connaissons que la défervescence du premier cycle, mais nous possédons toute la courbe du second.

Bien que les observations auxquelles nous faisons allusion en ce moment ne nous fassent entrevoir que la fin d'un cycle fébrile, nous en voyons suffisamment pour estimer, sans craindre de nous tromper, que cette fièvre a eu une marche régulière. Ces cas s'éloignent par conséquent de ceux qu'avait observés M. Jacob, en 1875 (*Recueil de Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, t. xxxi, p. 547), quand il écrivait :

« Chez nos soldats, c'est généralement le matin que se déclarait la maladie; or, tantôt le malade accusait un accès de fièvre la nuit qui avait précédé l'éclosion de la maladie; tantôt c'était le jour même et après l'apparition de la fluxion parotidienne; tantôt enfin un, deux ou trois accès à forme intermittente se montraient dans le cours même des oreillons. »

C. — C'est ce que nous trouvons dans certaines de nos observations: dans ces cas, la température s'élève légèrement au-dessus de la normale (vers 38°), tantôt un seul soir, tantôt deux soirs de suite pendant le cours des oreillons. Ces températures sont parfois isolées, et le lendemain la température tombe brusquement au-dessous de la normale (Observation VI). D'autres fois, la courbe est régulièrement descendante pendant deux ou trois jours pour arriver à l'hypothermie (Observation VII). Dans l'observation XXXVIII, nous trouvons deux températures au-dessus de la normale, sans qu'aucune cause étrangère, ni aucune modification survenue du côté des oreillons, puisse en rendre raison. Ce sont-là des types abortifs de la fièvre ourlienne qui doivent très souvent passer inaperçus.

Et maintenant, si, après avoir étudié la fièvre des oreillons non compliqués, nous comparons à la courbe du début de

l'observation VII, celle de l'observation VIII (oreillons compliqués de bronchite), pourra-t-on nous affirmer que la fièvre constatée est due à la bronchite et non pas à l'oreillon? Ce n'est pas notre avis, et pour juger la chose rapprochons les températures des quatre premiers jours dans les deux courbes en question.

<i>Observation VII</i>			<i>Observation VIII</i>		
	Temp. matin	Temp. soir	Temp. matin	Temp. soir	
2 ^e jour		38,1		38,4	
3 ^e —	37,8	37	37,3	37	
4 ^e —	37,2	36,6	37	36,6	

Il nous semble que la ressemblance est parfaite et nous ne croyons pas devoir attribuer à une bronchite compliquant l'oreillon ce qu'a pu produire dans un autre cas un oreillon non compliqué. Il n'est donc pas toujours facile de faire la part des oreillons et celle des complications dans la question qui nous occupe.

Quoi qu'il en soit nous croyons avoir suffisamment démontré que l'oreillon simple s'accompagne parfois d'un mouvement fébrile qui peut le précéder ou naître en même temps que lui ou après lui (1). Cette fièvre affecte avec les oreillons les mêmes rapports que la fièvre secondaire avec l'orchite. La température peut atteindre un degré très élevé, comme dépasser à peine la normale. Tantôt l'élévation thermique dure un certain nombre de jours, de manière à constituer un cycle fébrile bien caractérisé, tantôt elle est tout à fait éphémère, elle se montre un soir pour disparaître à tout jamais ou pour ne revenir qu'au bout de quelques jours d'apyrexie et constituer ce que nous appellerons la fièvre ourlienne secondaire.

(1) Voir les Observations.

Observation I

(Lemarchand, thèse Paris, 1876)

Fièvre ourlienne primitive et fièvre orchitique secondaire

M... Jean, âgé de 23 ans, infirmier de visite, attaché à des salles dans lesquelles ont séjourné depuis deux mois un grand nombre de malades atteints d'oreillons, est pris, le 23 janvier au matin, de frissons répétés, de céphalalgie intense et de fièvre; il se couche et s'aperçoit d'une tuméfaction légère et un peu douloureuse au niveau de la région parotidienne droite.

Le lendemain 24, tuméfaction des deux côtés: inappétence complète, langue sale, constipation. T. soir, 39°.

25. T. 39°6 le matin; 40°5 le soir.

26. T. 39°2 le matin; 39°6 le soir.

27. L'engorgement diminue. T. 37°9; 38° le soir.

28. T. 37°6 le soir.

29. L'engorgement a complètement disparu: l'appétit n'est pas revenu, céphalalgie moindre. T. 37°6 le soir.

30. T. matin, 36°5. Dans la journée, douleurs dans le testicule, quand le malade est debout.

Frissons et fièvre dans l'après-midi.

31. Epistaxis le matin; langue blanche, inappétence complète, sueurs. T. matin, 39°1; soir, 40°1.

Le testicule gauche est volumineux, un peu douloureux à la pression.

1^{er} février. Le testicule est plus gros, il est presque le triple du testicule sain. Consistance irrégulière, plus mou dans certains points. T. matin, 39°2; soir, 40°4.

2. T. matin, 38°1; soir 39°5.

3. T. matin, 37°2; soir, 38°.

4. Le testicule a sensiblement diminué de volume; il est mou, presque indolore. T. normale. Le 24 février, on constatait que le testicule était encore pâteux, et il avait un volume moindre que le droit.

Observation II

(D'après une note de M. Sorel)

Fièvre de l'oreillon.— Fièvre de l'orchite

Waline Jean, entré le 21 janvier 1889, salle 19, lit 20, hôpital militaire à Marseille, au deuxième jour de la maladie. Ce malade présentait un oreillon double ayant débuté à gauche. Fièvre sans complication.

Le 25 (6^m jour), le testicule droit est douloureux, un peu augmenté de volume.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
21 janv.	»	38,1	28	38,3	38
22	37,8	40,5	29	37,1	38,1
23	38,5	39,8	30	37,7	38,5
24	38,3	38,1	31	37,6	37,4
25	37	38,1	1 ^{er} fév.	37,7	36,9
26	39,1	40,6	2	36,8	36,6
27	39,4	38,3			

Observation III

(D'après une note de M. Sorel)

Oreillons fébriles.— Orchite fébrile

Lavenne André, 141^me d'infanterie, caserne Saint-Charles, venant d'Aix, entré, le 14 mars 1890, à l'hôpital militaire de Marseille.

Le 13, la parotide droite a été prise; il entre donc au 2^{me} jour de l'invasion; la maladie ne s'étend pas aux autres glandes salivaires.

Le 18, l'orchi-épididymite commence à évoluer.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
14	»	38,8	19	38,8	40,8
15	38,4	38,5	20	39,4	39,8
16	37,6	37,5	21	38,1	38,6
17	37,7	38,6	22	37,6	37,5
18	39,3	41,2	23	36,8	»

Observation IV

(D'après une note de M. Sorci)

Oreillon fébrile, puis orchite.

Vion Édouard, 22 ans, 2^{me} soldat au 31^{me} de ligne, entre à l'hôpital Saint-Martin, salle 10, N° 13, le 18 mars 1887.

La veille de son entrée, oreillon à droite; le 18, oreillon à gauche; le 21, orchite gauche.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
18	»	38	23	40	40,2
19	38	37,9	24	39	39,5
20	36,5	36,8	25	37,2	36,7
21	36,2	38,6	26	36,3	»
22	37,4	38,2			

Observation V

(D'après une note de M. Sorel)

Orchite et oreillons (fièvre primitive). — L'orchite fait une poussée (fièvre secondaire)

Duffaure Armand, entré, le 21 janvier 1889, à l'hôpital militaire de Marseille, salle 19, N° 28.

21 janvier (2^{me} jour de la maladie). Oreillon double ayant débuté à droite. Le testicule droit présente en même temps un petit noyau induré,

25. Orchite à droite devenant assez volumineuse.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
21	»	39,2	27	38,6	39,1
22	38	39,7	28	38,2	38,9
23	37,9	38,3	29	37,8	38,6
24	37,7	37	30	37,4	38,1
25	37,7	39,9	31	37,2	37
26	40,6	41,3	1 ^{er} fév.	36,8	

Observation VI

(D'après une note de M. Sorel)

Oreillon simple, légèrement fébrile. — Orchite et fièvre

Limonard Albert, 31^{me} de ligne, entré, le 15 février 1887, à l'hôpital Saint-Martin à Paris.

Le 3^{me} jour de la maladie, oreillon à droite sans complication.

T. S., le 15^{me} jour de l'entrée, 38°.

T. M., le 16^{me} — 36,7.

Le 21, au soir, orchite à droite.

A la sortie, testicule normal.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
22	37,4	37,7	26	38,7	39,8
23	37,2	38,1	27	38	38,3
24	39	41,1	28	36,8	37
25	39,5	39,4	1 ^{er} mars	37,3	37

Observation VII

(D'après une note de M. Sorel)

Oreillons et température au-dessus de la normale. — Orchite double

Olive Pierre, entré le 21 janvier 1889, salle 19, lit 17, hôpital militaire à Marseille.

Ce malade, entré le deuxième jour de la maladie, présente un oreillon à gauche, avec fièvre, sans qu'on ait trouvé d'autre complication.

Le 26 janvier (7^{me} jour), orchite à droite.

Le 1^{er} février (13^{me} jour), orchite à gauche.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
21 janv.	»	38,1	30	39,2	38,2
22	37,8	37	31	37,3	37,6
23	37,2	36,6	1 ^{er} fév.	39,3	39,4
24	36,6	36,6	2	39,2	38,4
25	37,6	»	3	36,8	37,5
26	»	29,2	4	36,9	37,1
27	38,4	40,2	5	36,6	37,6
28	40,8	40,4	6	37,3	37
29	40	40			

Observation VIII

(D'après une note de M. Sorel)

Oreillons.— Bronchite et fièvre, puis orchite et fièvre.— **Défervescence**
le 7^m^e jour.

Bideau Jean, 2^m^e sapeur, 31^m^e de ligne, entre, le 3 février
1887, à l'hôpital Saint-Martin, Paris.

Oreillon droit, le 2 février ; oreillon gauche, le 3.

Le 4, bronchite marquée, atrophie du testicule gauche de
cause ignorée, remontant à l'enfance.

Le 7, orchite droite.

Le 11, herpès aux lèvres.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
3 fév.	»	38,4	9	39,8	40,8
4	37,3	37	10	40	40,1
5	37	36,6	11	38,3	38,7
6	36,2	»	12	37,7	37,8
7	39,2	40,1	13	37,3	37,3
8	38	38,6			

CHAPITRE II

PÉRIODE DE RÉMISSION

La fièvre que nous avons étudiée dans le chapitre précédent est suivie d'une période de rémission qui constitue la deuxième phase de la maladie.

Quand la fièvre ourlienne se présente suivant son type complet, l'apyrexie n'est que temporaire et la fièvre poursuit un second paroxysme après un temps plus ou moins long.

Dans une courbe que nous a communiquée M. le Professeur Kiener (Obs. IX), la période de rémission est réduite au minimum et la fièvre orchitique semble faire suite, sans interruption, à une fièvre primitive soit essentielle, soit due à une complication non signalée dans l'observation. Il y a cependant une température de 37°6 le matin du 7^me jour, et justement, ce jour-là, l'orchite se montre et la fièvre reprend pour évoluer suivant un des types si bien décrits par M. Sorel. D'ordinaire, la période de rémission est beaucoup plus marquée que dans le cas précédent : parfois même, la fièvre secondaire n'arrive pas et alors l'apyrexie est définitive, comme dans les observations X et XI.

D'autres fois, c'est la fièvre initiale qui manque et la maladie est apyrétique jusqu'au moment où il se fait un mouvement fébrile à propos d'une orchite ou indépendamment d'une nouvelle manifestation locale de la maladie.

Notre observation XII est un exemple de ce genre.

Dans bien des cas enfin, l'infection ourlienne n'a pas occasionné le moindre mouvement fébrile, la maladie a été complètement apyrétique du commencement jusqu'à la fin. Généralement, la fluxion ne porte alors que sur les glandes salivaires parotides (Obs. XIII) ou sous-maxillaires (Obs. XIV et XV), et il ne survient pas d'orchite; mais ceci n'a rien d'absolu, puisque nous connaissons des cas d'orchite apyrétique (Obs. XIX et XX).

Au point de vue qui nous occupe, nous observons donc quatre catégories de cas :

1° Ceux où l'apyrexie est précédée et suivie de fièvre.

2° Ceux où étant précédée de fièvre, elle termine la maladie ;

3° Ceux où elle précède la fièvre secondaire ;

4° Ceux où elle préside à l'évolution complète du mal ourlien.

Ayant des rapports si variables avec le reste de la maladie, la période apyrétique ne peut pas avoir de durée déterminée. Nous avons cependant fait un tableau de la durée de l'apyrexie dans les observations, où nous la trouvons limitée entre deux périodes fébriles. Nous reproduisons ici ce tableau, sans lui attacher plus d'importance qu'il n'en mérite.

Sur 14 cas

DURÉE de l'apyrexie	JOURS DE LA MALADIE qui ont été apyrétiques	NOMBRE de cas
1 jour	Le 6 ^e jour	1
1 matin	Le 6 ^e et le 7 ^e	2
1 jour 1/2	2 fois le 4 ^e et le matin du 5 ^e , 1 fois le 5 ^e et le matin du 6 ^e	3
2 jours	Le 5 ^e et le 6 ^e	1
2 jours 1/2	Le 6 ^e , le 7 ^e et le matin du 8 ^e	1
3 jours	Du 3 ^e au 5 ^e	2
4 jours	Du 3 ^e au 6 ^e	1
7 jours	Du 4 ^e au 10 ^e	1
9 jours	Du 4 ^e au 12 ^e	1
11 jours	Du 4 ^e au 14 ^e	1

Nous avons également réuni dans le tableau suivant la durée de l'apyrexie, quand elle occupe le début de la maladie et qu'elle précède la fièvre secondaire. Voici les résultats auxquels nous sommes arrivé :

DURÉE DE L'APYREXIE	NOMBRE de cas
2 jours	1 cas
3 jours	1 cas
4 jours	4 cas
5 jours	4 cas
6 jours	4 cas
7 jours	3 cas
8 jours	1 cas
9 jours	1 cas
10 jours	1 cas
13 jours	1 cas
14 jours	1 cas
15 jours	1 cas
16 jours	1 cas
20 jours	1 cas

La seule conclusion à tirer de tout cela, c'est que la durée de l'apyrexie est très variable; que, soit après un premier cycle fébrile, soit après une atteinte d'oreillons apyrétiques, l'infection ourlienne peut rester latente un temps plus ou moins long (dans nos observations, le maximum a été 20 jours) et se manifester ensuite par un nouveau cycle fébrile que

nous étudierons dans le chapitre suivant. Quant à la température pendant cette période, elle oscille quelquefois autour de 37°, avec deux ou trois dixièmes en plus ou en moins; d'autres fois, elle a une marche régulièrement descendante pendant les premiers jours (Obs. XVI), arrive à l'hypothermie, reste quelques jours au-dessous de la normale (Obs. XVII), pour se relever ensuite (dans l'observation XVIII, elle descend jusqu'à 35°); mais souvent aussi les températures ne présentent aucune allure régulière.

Il ne faut pas non plus compter sur rien de régulier dans les rapports entre la rémission de la fièvre et les modifications survenues dans l'état local. Tantôt l'apyrexie coïncide avec la diminution des glandes salivaires, tantôt avec la disparition du gonflement parotidien; parfois l'oreillon rétrocede d'un côté et reparaît de l'autre, parfois la fluxion ourlienne se porte sur les glandes sous-maxillaires, puis l'empâtement disparaît et on constate le gonflement des ganglions de la région. Dans certains cas, l'anorexie et la céphalalgie de la fièvre primitive se continuent pendant les premiers jours de la rémission, et, dans d'autres, les maux de tête de la fièvre secondaire, la douleur et le gonflement du testicule commencent avant que la température s'élève de nouveau. Il arrive même parfois que toute l'évolution de l'orchite se fait sans la moindre élévation de température. On trouvera, à la suite de ce chapitre, deux cas d'orchite apyrétique analogues à celui mentionné par M. Védrenes en 1882. (*Recueil de Mémoires de médecine et de chirurgie militaires.*)

En résumé, rien n'est constant dans la période de rémission, ni sa durée, ni ses rapports avec les autres phases de la maladie, ni son degré thermométrique, ni les phénomènes locaux ou généraux par lesquels la maladie se manifeste pendant l'apyrexie.

Observation IX

(D'après une courbe due à l'obligeance de M. le professeur Kiener)

Périer, 3^{me} cuirassiers, entré à l'hôpital le 12 mai, salle 26, N° 12.

Oreillon au 5^e jour de l'invasion.

Le 15, orchite.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
13	»	39,2	19	37,3	37,4
14	39,4	39,2	20	36,8	37,2
15	37,6	38,7 (orch.)	21	36,4	37,2
16	38,4	38,5	22	36,8	37,5
17	37,5	38,8	23	37,4	»
18	37,2	36,8			

Observation X

(Personnelle)

Céphalalgie, frissons, chaleur au moment de l'invasion des oreillons

F., 2^e canonnier-servant, au 12^e bataillon d'artillerie de forteresse, en garnison à Briançon, entré à l'hôpital de Nîmes, salle Saint-Augustin, N° 13, le 9 avril 1891.

Le 6, il a été pris d'un violent mal de tête, avec frissons répétés dans la journée; le soir, il était très altéré, et, vers les 6 heures, il était tout en sueur. En même temps, les parotides s'étaient enflées, surtout la gauche.

Le 9, jour de l'entrée à l'hôpital (le 4^{me} de l'invasion), la parotide droite n'est pas très volumineuse, la gauche

l'est davantage, elle est très douloureuse à la pression, très douloureuse aussi quand le malade fait des efforts pour ouvrir la bouche; la déglutition est un peu douloureuse, pas d'angine. Engorgement ganglionnaire dans la région sous-maxillaire gauche.

Le 11, la parotide droite est revenue à peu près à la normale et la gauche a bien diminué. Le malade demande à manger.

Le 14, côté droit normal, côté gauche encore empâté.

Le 17, plus d'empâtement d'un côté, les ganglions sous-maxillaires ne se retrouvent plus.

Le 23, *exeat*.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
9 av.	39,3	37,5	14	37	37,4
10	37	36,9	15	36,7	37
11	36,7	37,1	16	37,1	37,1
12	36,5	37,3	17	36,6	36,9
13	36,9	37,1	18	36,7	»

Observation XI

(Personnelle)

Oreillon double légèrement fébrile

S... Pierre, canonnier au 12^e bataillon d'artillerie de forteresse, en garnison à Grenoble, où régnait une épidémie d'oreillons.

Le 12 avril, huit jours après son arrivée à Nîmes, il est pris de céphalalgie violente, il sent une grande lassitude dans les membres et garde le lit toute la journée; légers frissons répétés. Le soir, gonflement des deux parotides. Appétit diminué, soif intense.

Le 13, le malade n'a pas fait son service. La céphalalgie continue.

Le 14, il entre à l'hôpital, le mal de tête a diminué, les glandes parotides ne sont pas très volumineuses.

Le 15, oreillons diminués, surtout le droit; le malade se sent moins fatigué, l'appétit revient.

Le 17, empâtement diffus des deux côtés au-dessous des oreilles, plus marqué à gauche. Nous constatons un ganglion engorgé et mobile en avant du sterno-cléido mastoïdien à la limite de l'empâtement du côté gauche.

Le 19, il ne reste que quelques ganglions engorgés à la limite inférieure de la région parotidienne gauche.

21. Numération des globules = 4,340,000 globules rouges par millimètre cube de sang.

22. *Exeat.*

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
14	»	37,8	17	36,9	37,3
15	37	36,6	18	37	»
16	37,2	37,7			

Observation XII

(D'après une courbe de M. Sorel)

Oreillons apyrétiques.— Orchite fébrile.

Giorgi, 141^{me} d'infanterie, entré, le 5 mai, à l'hôpital militaire de Marseille, salle 19, N^o 34.

Le malade n'a pas eu de fièvre à l'invasion de la maladie. Oreillon au 4^{me} jour. Orchite gauche absolument indolente et ignorée du malade au début, survenant le 9 mai, au 8^{me} jour de la maladie.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
5 mai »		37,6	11	38,1	38,7
6	37	36,6	12	38,4	39
7	37	36,7	13	38,2	39,5
8	36,7	»	14	37,2	38
9	»	39,4	15	36,2	36,1
10	38,1	38,3	16	36,4	»

Observation XIII

(Personnelle)

Oreillon double apyrétique

R..., canonnier, 12^{me} bataillon d'artillerie de forteresse, en garnison à Briançon, où régnait une épidémie, est pris d'oreillons doubles, d'emblée, le 12 avril 1891, huit jours après son arrivée à Nîmes.

Le 14 avril, il entre à l'hôpital, salle St-Augustin, N° 3 (3^{me} jour de la maladie). Des deux côtés, la peau est soulevée et tendue dans la région parotidienne. On y constate une tuméfaction diffuse sans ligne de démarcation nette avec les tissus sains. Le malade ne souffre que quand il veut ouvrir la bouche. L'appétit est conservé. Pas de fièvre, pas plus aujourd'hui que les jours précédents.

Le 15, il semble que le gonflement parotidien a diminué. Le malade ouvre la bouche sans ressentir aucune douleur.

Le 16, gonflement très léger des deux côtés, plus marqué à gauche.

Le 17, région parotidienne droite normale, il reste encore un peu d'empatement à gauche.

Le 18, sur les limites de la région empâtée vers le bord inférieur du maxillaire, il reste un petit ganglion engorgé.

Le 21, tout est fini. Numération des globules = 4,557,000
globules rouges par millimètre cube de sang.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
14 avril »		37,3	17	36,8	36,8
15	37	36,8	18	37,3	»
16	37,1	37,5			

Observation XIV

(Personnelle)

Oreillons apyrétiques

(La fluxion a porté principalement sur les glandes sous-maxillaires)

P.... Joseph, jeune soldat au 12^e bataillon d'artillerie de forteresse, entre à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, le 8 avril 1891, salle Saint-Augustin, N° 6.

Début de la maladie, le 6 avril, deux jours après son arrivée de Grenoble.

Ce jour-là, le malade a éprouvé de la douleur en ouvrant la bouche et en faisant des mouvements de déglutition. Il a remarqué le gonflement de la région sous-maxillaire gauche.

Le 8 avril, nous constatons que les deux glandes sous-maxillaires sont volumineuses. Par la palpation, on peut délimiter la sous-maxillaire gauche, mais la droite est plongée dans des tissus œdématiés, empâtés, qui occupent toute la région.

La parotide gauche est légèrement enflée. Des deux côtés, on voit des ganglions engorgés à l'angle de la mâchoire.

Le 9, même état.

Le 11, la sous-maxillaire gauche a bien diminué de volume;

l'empâtement du côté droit diminue. La parotide diminue aussi.

Le 13, il ne reste plus qu'un ganglion à l'angle de la mâchoire gauche. Du côté droit, on commence à délimiter la glande sous-maxillaire, qui est dure.

Les jours suivants, l'empâtement diminue de plus en plus, la glande sous-maxillaire reste sensible à la pression jusqu'au 20 avril, bien qu'elle soit revenue à l'état normal.

Le 22, *exeat*.

Observation XV

(Personnelle)

Oreillons sous-maxillaires apyrétiques

Malade venu du 12^e bataillon d'artillerie de forteresse en garnison à Briançon, entre à l'hôpital de Nîmes le 9 avril 1891.

La veille de l'entrée, gonflement douloureux de la sous-maxillaire gauche; pas de fièvre, appétit normal.

Le 9 avril, jour de son entrée à l'hôpital, la glande sous-maxillaire se prend. Des deux côtés, les régions sous-maxillaires sont empâtées et tuméfiées; on ne peut pas délimiter les glandes par le palper; le côté gauche est plus volumineux.

Douleur en avalant, pas d'angine.

Le 11, la tuméfaction a augmenté des deux côtés; ils ont actuellement le même volume; la peau est très tendue; la douleur à la pression est vive.

Le 14, la peau est moins tendue que les jours précédents; la diminution commence.

Le 16, les régions sous-maxillaires sont un peu empâtées, mais peu volumineuses.

Le 17, on distingue deux ganglions en arrière de la glande sous-maxillaire gauche, près de l'angle de la mâchoire.

Le 18, l'empâtement sous-maxillaire à complètement disparu; il reste seulement deux petits ganglions engorgés à l'angle de la mâchoire.

Le 22, *exeat*.

Ce malade n'a jamais eu de fièvre.

Observation XVI

(Viéla. Thèse de Paris 1886)

Oreillons.— Orchite

Delacourt, 74° de ligne, entre, le 3 février, à l'hôpital du Gros-Caillon, au 2^me jour de sa maladie.

Le 2 février au soir, oreillon du côté droit. Malaise général.

Le 3, la tuméfaction parotidienne gauche. Diarrhée.

Le 8, légère douleur dans le testicule gauche. Rien dans les urines. L'épididyme est volumineux, le testicule tendu; légère douleur sur le trajet du cordon.

Le 10, diarrhée. Facies vultueux; pustules à la région sous-maxillaire.

Le malade sort, le 22, guéri.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
3	»	39,4	8	37,2	37,4
4	37,8	37,5	9	37,2	37,5
5	37	36,6	10	39,9	39,9
6	36,5	37,2	11	38,5	38,6
7	36,9	36,8	12	37	»

Observation XVII

(Gusco, Thèse de Paris 1883)

Oreillons et orchite

Latrille, 21 ans, soldat au 83^me de ligne (caserne de la Mission), s'est aperçu, le 3 mars au matin, à son réveil, d'un léger gonflement de la région parotidienne droite, gonflement indolore, mais accompagné de gêne dans les mouvements de la mâchoire.

Le lendemain, la tuméfaction apparaît à gauche, l'état général reste bon. Ce matin seulement, le malade a éprouvé un peu de céphalalgie.

Aujourd'hui 5 mars, il entre à l'hôpital. Le gonflement bilatéral l'incommode. Rien aux testicules.

6 mars. Même état.

7. Céphalalgie. Le testicule gauche est légèrement douloureux à la pression. La tuméfaction parotidienne du côté gauche a légèrement diminué.

8. Nuit assez mauvaise. Douleurs spontanées au testicule, qui ne présente cependant aucune tuméfaction appréciable. Céphalalgie très légère. Selles régulières. La température du soir s'élève à 39°5.

9. Céphalalgie, inappétence; douleurs testiculaires un peu moins vives; tuméfaction de l'organe. Constipation légère. T. 39°6

10. Céphalalgie persistante, les douleurs du testicule ne se montrent plus que par intervalles. T. 39°5.

11. Deux épistaxis dans la nuit. Le malade se trouve mieux, quoique la céphalalgie persiste. Douleurs testiculaires beau-

coup moins fortes. La tuméfaction des régions parotidiennes a presque complètement disparu. Constipation. Purgatif.

12. Cinq épistaxis depuis hier matin. Le testicule, toujours tuméfié, n'est presque plus douloureux. La céphalalgie persiste, ainsi que la tuméfaction.

13. Épistaxis nouvelles. Le malade va beaucoup mieux. La tuméfaction commence à diminuer.

14. La tuméfaction du testicule a presque disparu, plus de douleur. A partir de ce moment, le malade va de mieux en mieux. Il a de temps en temps des épistaxis, parfois un peu de céphalalgie. Le 18, le testicule est revenu à son état normal.

24. *Exeat.*

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
5	„	36,2	12	38	37,9
6	36,3	36,2	13	37,3	36,5
7	36,2	36,8	14	36	35,8
8	36,6	39,5	15	35,8	36,5
9	39,4	39,6	16	36,4	36
10	38,5	39,5	17	36,2	36
11	37,3	37,7			

Observation XVIII

Guasco. Thèse de Paris 1883.

Oreillon double. — Orchite

Garraud. 22 ans, soldat à la 17^e section d'ouvriers (caserne Saint-Charles), s'est aperçu, il y a deux jours, en s'éveillant, que la région parotidienne droite était légèrement tuméfiée. Il éprouvait en même temps un peu de gêne de la

mastication et de la déglutition ; il n'avait ni céphalalgie, ni fièvre. Actuellement, 10 avril, la tuméfaction est assez considérable. Appétit médiocre. Pas de fièvre. Rien aux testicules.

12. L'appétit est revenu ; l'état général est excellent ; plus de gêne fonctionnelle.

15. La tuméfaction du côté droit a presque entièrement disparu, mais le côté gauche est pris à son tour. Il n'y a pas de douleur, l'état général reste bon.

16. Le gonflement du côté gauche diminue.

21. Il ne reste presque plus de trace de tuméfaction.

27. Le testicule gauche commence à être gonflé. Langue sale. Insomnie. T. 38°5.

28. La tuméfaction augmente ; le testicule est douloureux. T. 39°.

30. Le malade a un peu de diarrhée.

1^{er} mai. La tuméfaction du testicule commence à diminuer ; l'état général est bon.

2. La fièvre cesse.

4. L'induration a disparu et le malade sort guéri le 22 mai.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
8 avril »		36,3	28	37,5	39
9	35	36,2	29	37,4	38,6
10	35	36,5	30	37,6	38,5
11	36,5	»	1 ^{er} mai	38,6	38,5
27.	»	38,5	2	37,7	37

Observation XIX

(Thèse de Lemarchand. Paris, 1876)

Orchite apyrétique

Peyrat, soldat au 80^e de ligne, montait la garde dans la nuit du 10 au 11 novembre, lorsqu'il ressentit des douleurs derrière la mâchoire, du côté droit, et le lendemain, il existait en cet endroit un gonflement énorme; trois jours après, une tuméfaction semblable se produisait du côté gauche. Aucuns phénomènes généraux : pas de fièvre, appétit conservé. De la douleur et de la gêne au cou étaient tout ce dont il se plaignait.

A l'hôpital, dans la nuit du 14 au 16, il est pris de douleurs dans le testicule.

Le 15, nous constatons l'état suivant : le scrotum, du côté gauche, est d'un rouge violacé, chaud. Le testicule gauche est très douloureux à la pression, ce qui rend l'examen difficile; il est très gros, il est presque trois fois plus volumineux que le testicule droit; dur, très tendu. L'épididyme n'est pas tuméfié. Il n'y a pas d'épanchement dans la tunique vaginale.

Pas de fièvre, température normale.

16, 17. Le testicule est toujours gros, douloureux.

20. On est frappé de la mollesse du testicule, il a diminué sensiblement de volume; on peut, en outre, le palper à volonté, sans faire souffrir le malade.

25. Le testicule est à peu près revenu à son état normal; il n'est pas tout à fait aussi ferme que l'autre.

27. Sortie.

Observation XX

(D'après une note de M. Sorel)

Orchite apyrétique

Vilain Henri, 31^{me} de ligne, entré le 26 avril 1887, hôpital Saint-Martin, Paris.

Malade du 25 au matin, oreillon double d'emblée plus marqué à gauche.

Orchite droite le 8 mai.

	T. M.	T. S.
9 mai, 2 ^e jour de l'orchite	37,4	37,6
10	36,2	37,3
11	36,2	36,4
12	36,1	36,5
13	36,2	36,5
14	36	»

CHAPITRE III

FIÈVRE TESTICULAIRE

La fièvre que nous allons étudier dans ce chapitre est généralement contemporaine à l'évolution de l'orchite ourlienne. C'est pourquoi, au XVII^m^e siècle, le médecin anglais Morton lui avait donné le nom de *febris testicularis* (fièvre testiculaire), nom que nous lui conserverons dans le cours de ce travail pour nous conformer à l'usage. Nous l'appellerons aussi fièvre ourlienne secondaire, par opposition à la fièvre initiale, dont nous nous sommes occupé précédemment.

Nous avons vu dans le chapitre premier que le mouvement fébrile qui accompagne l'orchite ourlienne avait été observé par Hippocrate.

Depuis, la plupart des auteurs qui ont relaté des épidémies d'oreillons ont fait quelques allusions à cette fièvre. Si nous franchissons l'intervalle qui nous sépare du Père de la médecine, pour nous transporter en plein XIX^m^e siècle, nous voyons Chomel, Trousseau, Grisolle, Gailhard, Debize, Colin, Servier, Lemarchand, etc., décrire soigneusement les symptômes typhoïdes graves qui accompagnent exceptionnellement l'orchite ourlienne, et d'autres noter tout simplement les signes de la fièvre qui sont à peu près constants au moment de la fluxion testiculaire.

Ressiguiet (*Histoire d'une épidémie d'oreillons qui a régné*

à Montpellier en 1848) s'exprimait en ces termes: « Au moment où l'orchite s'est manifestée, plusieurs individus ont éprouvé une recrudescence dans les symptômes fébriles; chez d'autres, la métastase a été précédée de douleurs à l'épigastre; chez quelques-uns enfin, elle a eu lieu presque à leur insu.»

Desbarreaux-Bernard, en 1860 (*Journal de médecine de Toulouse*), déclare, en décrivant l'orchite ourlienne, que « la courbature, l'inappétence, l'empâtement de la langue, la constipation, la diarrhée, la fièvre, ont toujours précédé le gonflement testiculaire».

Le professeur Boyer (de Montpellier), dans ses leçons sur les orchites (*in Montpellier médical*, février 1866), décrit aussi la fièvre comme un symptôme constant de l'orchite ourlienne.

Plus près de nous, Jacob (1) exprime la même idée: « L'apparition de l'orchite, dit-il, est le point de départ d'accidents plus graves que ceux que l'on a observés jusque-là. Outre la douleur locale, on constate très souvent de la fièvre, laquelle s'accompagne d'inappétence, de céphalalgie, de courbature, d'envie de vomir, etc. On rencontre aussi des cas où l'orchite se fait, pour ainsi dire, sans bruit; mais ces cas sont beaucoup plus rares que les précédents.» Un peu plus loin, le même auteur ajoute que « le cycle fébrile ne peut-être saisi de façon à ce qu'on puisse lui assigner un type quelconque.»

Il était réservé à notre maître, M. Sorel, de saisir les caractères de la fièvre orchitique, de démontrer qu'elle obéit à une règle, qu'elle a une marche cyclique. « Le caractère propre de la fièvre dans l'affection qui nous occupe, dit-il, est d'avoir une marche cyclique qui domine l'état local; il

(1) *Recueil de Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, 1875, p. 554-555.

y a bien corrélation entre la fièvre et l'état local, mais non concordance intime. Elle peut précéder toute manifestation vers les testicules; une élévation thermique plus considérable ne correspond pas à un état local plus accentué, et l'orchite double modifie à peine sa marche. La fièvre tombée, la maladie est terminée, bien que l'évolution de l'état local ne soit pas complètement achevée. Ainsi: *un état fébrile à marche cyclique déterminée accompagne ou précède l'orchite symptomatique des oreillons.* »

S'appuyant ensuite sur 12 cas observés en 1876, lors d'une épidémie d'oreillons qui régna sur le 2^m bataillon de chasseurs en garnison à Amiens, M. Sorel décrit deux types de la fièvre orchitique: dans l'un, la fièvre naît avec les symptômes locaux, et la défervescence est complète le cinquième jour; dans l'autre, la défervescence est complète le septième jour; ici, trois modes se présentent:

- a. La fièvre est congénère de l'orchite;
- b. La fièvre précède l'orchite;
- c. L'orchite devient double.

Peu de temps après, M. Laveran (art. *Oreillons*, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.) donnait quelques courbes de la fièvre testiculaire, mais n'en faisait pas remarquer la marche caractéristique.

En 1882, M. Védrières reprenait cette étude et confirmait les conclusions de M. Sorel en ce qui concerne la marche cyclique. Il résulte de son mémoire que, dans le plus grand nombre des cas, la défervescence a lieu au cinquième ou au septième jour, comme l'indique M. Sorel; mais, dans d'autres cas, l'apyrexie s'est montrée le quatrième et le sixième jour. Aussi, M. Védrières a-t-il formé quatre groupes.

1^{er} Groupe. — Fièvre durant trois jours. Fastigium le deuxième jour. Défervescence le quatrième (2 cas).

2^e Groupe. — Fièvre durant quatre jours. Fastigium le deuxième ou le troisième jour; défervescence le cinquième (7 cas).

3^e Groupe. — Fièvre durant cinq jours. Fastigium le troisième; défervescence le sixième (1 cas).

4^e Groupe. — Fièvre durant six jours. Fastigium le deuxième ou le troisième; défervescence le septième (4 cas).

Nous avons, à notre tour, rapproché les observations inédites d'orchite ourlienne simple que nous publions dans le cours de ce travail, et voici le tableau que nous avons obtenu; il montre que le cycle fébrile est généralement complet au bout d'un septénaire :

Jour de la fièvre où la défervescence est complète	Jour de la fièvre où le fastigium est atteint	Nombre de cas
4 ^e	1 ^{er} jour dans 1 cas; 2 ^m e dans 3 cas . . .	4
5 ^e	2 ^m e jour dans 3 cas; 3 ^m e dans 3 cas . . .	6
6 ^e	2 ^e jour dans 2 cas; 3 ^e dans 2 cas; 4 ^e dans 1 cas	5
7 ^e	2 ^e jour dans 1 cas; 3 ^e dans 1 cas; 5 ^e dans 1 cas	3
8 ^e	4 ^e jour	1
9 ^e	6 ^e jour	1

Nous n'avons pas compris dans ce tableau les cas d'orchites doubles, sur lesquels nous reviendrons dans un instant; nous ne pouvons pas non plus y faire rentrer les cas d'orchite avec fièvre abortive, dont nous donnerons les observations à la suite de ce chapitre. Dans ces derniers cas, la fièvre n'est marquée que par un accès plus ou moins intense, survenu soit le jour où commence l'orchite ou l'épididymite

(Obs. XXXVIII), soit plus tard pendant que la fluxion testiculaire est à sa période d'état (Obs. XXXVI). Quant à la température, tantôt elle s'élève à peine au-dessus de la normale (Obs. XXXVII), tantôt elle atteint et dépasse 40° (Obs. XXXIX).

Mais revenons aux observations où le cycle fébrile a une marche régulière. Dans les cas énumérés dans le tableau précédent, les maxima de la température ont été les suivants :

38°8	dans	1	observation.
de 39°5 à 40°	—	4	—
de 40°1 à 40°9	—	12	—
41°2 et 41°3	—	2	—

Au même point de vue, M. Védrènes avait trouvé :

38°	dans	1	observation
de 39° à 39°8	—	4	—
de 40° à 40°6	—	9	—

Ces deux tableaux sont absolument concordants ; ils font voir que, dans plus de la moitié des cas, le maximum atteint est entre 40° et 41° , que l'on voit assez souvent le fastigium entre 39° et 40° , et que les maxima au-dessus de 41° et au-dessous de 39° se rencontrent bien plus rarement.

Un des caractères à peu près constants de la fièvre testiculaire, c'est de ne pas présenter de période d'état : la température monte plus ou moins rapidement jusqu'au soir, où elle atteint son fastigium, et, dès le lendemain, la descente commence. Cependant, dans quatre observations d'orchite simple, nous retrouvons la même température deux soirs de suite. M. Védrènes n'avait vu ce fait que dans un cas d'orchite double, et l'avait expliqué en remarquant que le second jour du plateau fébrile était celui où la seconde orchite avait fait son apparition. Dans deux observations d'orchites doubles, empruntées l'une à la thèse de Gailhard (Obs. XLV et XLVI), et l'autre à celle de Plagneux, nous trouvons égale-

ment le même degré thermique deux jours de suite, sans pouvoir invoquer l'explication précédente. L'existence d'un plateau est en somme un phénomène de peu d'importance que nous ne chercherons pas à expliquer; il n'en reste pas moins acquis que la fièvre ourlienne secondaire, parvenue à son fastigium, ne tarde pas à baisser, soit dès le lendemain, soit après une période stationnaire qu'on n'a pas vu plus de deux jours.

Cette conclusion s'applique aussi bien aux cas d'orchite double qu'à ceux d'orchite simple.

D'ailleurs, il y a longtemps que M. Sorel et M. Védrenes ont remarqué que lorsque la fluxion se porte sur les deux testicules, la durée du cycle fébrile n'est pas sensiblement augmentée; de même, dans la pneumonie double, la fièvre ne dure pas beaucoup plus longtemps que dans les cas où la maladie reste localisée d'un seul côté. Il y a cependant à faire une distinction parmi les cas de ce genre.

Si la plupart du temps nous voyons la défervescence complète le cinquième ou le septième jour, il y a aussi des exceptions à cette règle. Il faut bien remarquer que dans les observations d'orchite double, où le cycle fébrile est de courte durée (Obs. XL, XLI), tantôt les deux testicules sont pris en même temps, tantôt le second testicule est atteint avant que la défervescence soit bien marquée.

Mais si, comme dans notre observation VII, la seconde orchite ne paraît que quand la défervescence est complète, on assiste alors à une deuxième poussée orchitique, dont la durée est toujours plus courte et le fastigium moins élevé que dans le paroxysme précédent.

Dans notre cas, comme dans l'observation XLII, empruntée aux leçons cliniques de M. Jaccoud, cette reprise n'a duré que deux jours.

Dans une autre observation du même auteur (Obs. XLIII),

la seconde orchite et la fièvre qui l'accompagne ont été à peine marquées.

Dans notre observation XLIV, nous voyons aussi la fièvre d'une orchite double avec une allure un peu particulière. Ce n'est pas que la durée du cycle fébrile ait rien d'extraordinaire : la défervescence a lieu le septième jour ; mais dans ce cas, chaque fois qu'une orchite paraît, elle est précédée et pour ainsi dire annoncée la veille au soir par une élévation thermométrique qui domine le reste du tracé ; la courbe présente donc deux sommets, dont le dernier (celui qui annonce la deuxième orchite) est le plus élevé.

Le thermomètre nous prévient donc parfois de ce qui se produit ou va se produire du côté du testicule ; mais il ne faudrait pas en conclure que la fièvre est indissolublement liée à la fluxion testiculaire ni que la courbe thermique est l'image de la marche des lésions locales ou de la gravité des accidents.

Nous connaissons, en effet, des cas de fièvre sans orchite qui nous ont été communiqués par notre maître, M. Sorel, et qui trouveront leur place à la suite de ce chapitre.

Dans l'observation XLVII, la fièvre atteint son fastigium 39°3 le troisième jour, et la défervescence est complète le cinquième, comme c'est le cas le plus fréquent dans la fièvre testiculaire.

Dans l'observation XLVIII, nous trouvons la fièvre initiale, la période de rémission, le second paroxysme, comme s'il survenait une orchite. Ici encore, le cycle fébrile est complet en cinq jours ; enfin, nous voyons une petite poussée abortive comme dans les cas d'orchite double que nous venons d'étudier. Et pendant tout ce temps, il n'y a pas eu la moindre menace du côté du testicule !

Ces exemples de fièvre secondaire sans orchite, ceux d'orchite sans fièvre cités dans le chapitre précédent, démon-

trent surabondamment que si la fièvre secondaire des oreillons est très généralement contemporaine de la fluxion testiculaire, elle n'est pas causée par cette localisation de la maladie ourlienne. Nous reviendrons sur cette question dans le chapitre V.

Observation XXI

(D'après une courbe due à l'obligeance de M. Sorel)

Orchite fébrile. — Déferescence le 4^me jour

Léguillard, 15 mois de service, entre, le 23 avril 1887, à l'hôpital Saint-Martin, salle 10, N° 28.

Le 19 mars, il entrait salle 4, pour fièvre.

Le 8 avril, il était évacué pour oreillons doubles et sortait le 22 avril. Le soir même de sa sortie, orchite à droite.

	T. M.	T. S.
23 avril	»	40,3 (2 ^m e jour)
24	38,7	38,6
25	37,2	»

Observation XXII

(D'après une courbe due à l'obligeance de M. Sorel)

Orchite fébrile. — Déferescence le 4^me jour

Guilbert René, 2^me soldat, 23 ans, 31^me de ligne, entré le 22 février à l'hôpital Saint-Martin, salle 10, N° 19. Malade du 21, oreillon à droite; le 22, à gauche. Orchite à droite, le 5 mars, dans la journée; testicule normal à la sortie.

	T. M.	T.S.		T. M.	T.S.
5 mars	»	39,6	7 mars	38,1	39,8
6	39	40,1	8	37	36,7

Observation XXIII

(D'après une note de M. Sorel)

Orchite ourlienne.— Fièvre.— Déferescence le 4^me jour

Coudray Julien, 2^e soldat, 24 ans, 31^me de ligne, entré à l'hôpital Saint-Martin, salle 10, N° 3, le 1^{er} mars 1887. Malade du 23 février, oreillon droit; le 24, oreillon gauche, mais faible. Le 28 février, orchite droite.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
1 ^{er} mars	»	39,9	4 mars	37,2	37
2	38,9	39,2	5	36,3	»
3	37,2	37,2			

Observation XXIV

(D'après une note de M. Sorel)

Orchite ourlienne.— Fièvre.— Déferescence le 4^me jour

Godet Joseph, 22 ans, 114^me de ligne, entré à l'hôpital Saint-Martin, salle 11, N° 22, le 20 août. Oreillons datant du 19; orchite faible à droite portant sur la glande, venue du 23 au 24 dans la nuit.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
24 août	»	39,7	26 août	38,2	37,2
25	38,6	39,1	27	36,6	»

Observation XXV

(Plagneux, Thèse Paris 1884)

Oreillon.— Orchite fébrile.— Déferescence le quatrième jour

Malade entré le 6 février. (3^me jour de la maladie).

Le 6, otalgie, gonflement de la région parotidienne droite.

Le 13, testicule douloureux à droite.

Le 14, orchite, frissons.

Le 16, épistaxis, bronchite.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
6	37,2	37,1	12	»	»
7	37,1	37,2	13	37	37
8	»	»	14	39,3	40,1
9	»	»	15	38	40
10	37,2	37,2	16	38,3	40
11	»	»	17	37,4	37,3

Observation XXVI

(Montpellier 1877. Thèse Gaillard).

Oreillons, orchite, stupeur, etc.— Fièvre.— Déferescence le 4^me jour

9 février 1876. Jourdon Auguste, 23 ans, soldat au 6^me régiment de ligne. Salle 15, N° 41.

9 février. Malade depuis six jours, vient d'avoir les oreillons. A son entrée, fièvre. Il aurait été pris, hier au soir, de frissons et de fièvre; les oreillons ont disparu; le testicule du côté droit est un peu engorgé; langue sale, sèche au milieu,

humide sur les bords, anorexie complète (bouillon, ipéca émétisé).

10. Nausées fréquentes, une selle solide dans la matinée, pouls fébrile, peau chaude, intelligence un peu engourdie, céphalalgie. Le malade, levé, titube; ventre souple, normal. T. 40°6. P. 112. Soir: fièvre, peau sèche, langue sèche, pesanteur de tête, un peu de stupeur. T. 38°6. P. 88. R. 20.

11. Même état; langue toujours sale, sèche au milieu, humide sur le limbe; ventre un peu tendu; la stupeur continue, un peu de raideur du cou; pouls fréquent, vif, à 88. Soir: T. 37°4. P. 72. R. 20.

12. L'amélioration d'hier au soir s'est continuée. langue bonne, intelligence nette; la stupeur a beaucoup diminué, le ventre est normal. T. 37°. P. 60. R. 20. Soir: 37°2. P. 56. R. 18.

13. L'amélioration continue. T. 36°6. P. 52. R. 18. Soir: T. 36°6. P. 52 (V. K.).

14. Le malade est bien, l'appétit renaît. T. 36°8. P. 60. Soir: 36°6. P. 60 (V. K., décoct. kina).

15. T. 37°. P. 68 (huile de foie de morue, gomme, réglisse).
3 mars. *Exeat.*

Observation XXVII

(Lemarchand. Thèse de Paris 1876)

Oreillons. — Bronchite. — Orchite. — Délire. — Fièvre. — Défervescence
le 5^{me} jour.

Pradeau, soldat au 89^{me}, entré, le 13 janvier 1875, à l'hôpital, dans l'état suivant: Ses traits sont déprimés, sa figure injectée; il se souvient incomplètement, et répond avec peine et lenteur aux questions qui lui sont posées. Prostra-

tion très marquée. Ce que le malade accuse, par dessus tout, c'est de la céphalalgie limitée au front et aux tempes; il a du délire.

Il tousse et rend une expectoration muqueuse, épaisse, aérée. La sonorité du poumon est normale en avant et en arrière des deux côtés. A l'auscultation, on entend des râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine. La langue est recouverte d'un enduit saburral, sans coloration rosée sur les bords. Inappétence absolue, soif vive, nausées fréquentes sans vomissements, constipation. Le ventre n'est pas ballonné, ni douloureux à la pression, dans la fosse iliaque. Pas de gargouillement ni de taches rosées.

Comme antécédents: variole en 1871, fièvre typhoïde en 1872.

Le 13, au soir, le thermomètre marquait 39°.

En raison de la prostration, des phénomènes cérébraux, des nausées fréquentes, en raison des antécédents au point de vue de la fièvre typhoïde, M. Laveran était porté à admettre une affection cérébrale méningitique au début; mais, en découvrant le malade, il reconnut une augmentation notable du testicule droit, douloureux et mon. L'épididyme était intact. Le malade raconta, dans la suite, lorsque les phénomènes généraux se furent amendés, que, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris de gonflement à l'angle de la mâchoire, du côté droit, en même temps qu'il avait éprouvé du frisson, de la fièvre, un mal de tête très intense et que les bourses avaient augmenté de volume au moment où avait disparu le gonflement de la face.

Plusieurs cas d'oreillons avaient été observés dans le même régiment. Le diagnostic suivant fut alors porté: orchite métastatique avec accidents cérébraux sympathiques.

14.	T.	39,9	le matin ;	40,8	le soir.
15.	T.	39,3	—	40,8	—
16.	T.	37,2	—	37,9	—
17.	T.	36,5	—	36,8	—
18.	T.	36	—	36,3	—
19.	T.	36,3	—		

Depuis le 16 janvier, date de la défervescence, la prostration diminue, et, le 18, a complètement disparu. Le sommeil est revenu. Le testicule droit a diminué de volume, il n'est plus douloureux, mais il conserve encore une certaine mollesse spéciale.

26. *Exeat.*

Observation XXVIII

(D'après une note de M. Sorel)

Oreillons apyrétiques. — Orchite fébrile. — Défervescence le 5^me jour

Bourdiaux Louis, 22 ans, 2^me soldat au 31^me de ligne, entre, le 12 mai, à l'hôpital Saint-Martin, salle 10, N° 17.

Oreillons doubles, début par le côté gauche dans la journée du 11.

Le 13, le testicule droit est légèrement douloureux, l'épididyme est indemne.

Le 14 et les jours suivants, l'orchite poursuit son évolution, d'abord sans fièvre.

	T.M.	T.S.		T.M.	T.S.
12	»	37,6	17	39,5	40
13	37	36,8	18	39,4	40,2
14	36,2	»	19	39	39,3
15	»	36,8	20	37,1	37,6
16	36,2	39,6	21	36,2	»

Observation XXIX

(D'après une note de M. Sorel)

Orchite ourlienne fébrile. — Déferescence le 5^{me} jour

Vaillant Auguste, 24 ans, 2^{me} soldat au 31^{me} de ligne, entre, le 12 mars 1887, à l'hôpital Saint-Martin.

Malade du 11 au matin, oreillon à gauche; le 13, l'oreillon reste faible.

Le 16, au matin, orchite à gauche. A la sortie, testicule normal.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
16 mars »		38,6	19	39,3	38
17	39,7	40,3	20	36,4	36,4
18	40	40,3	21	36,2	»

Observation XXX

Orchite ourlienne fébrile. — Déferescence le 5^{me} jour

Seigneuret Adolphe, 22 ans, du 129^{me} de ligne, entré le 18 août à l'hôpital Saint-Martin, salle 11, N° 23.

Oreillons doubles, nés il y a une huitaine de jours et disparus.

Orchite au 2^{me} jour à gauche, début par l'épididyme, le testicule est pris le 19.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
18 août »		39,6 (2 ^{me} jour)	20	38,1	37,4
19	39,2	39,6	21	36,3	»

Observation XXXI

(D'après une note de M. Sorel)

Orchite ourlienne. — Fièvre. — Défervescence le 6^{me} jour

Goisbert Louis, 24 ans, 2 ans de service, au 31^e de ligne, entré le 15 mars 1887.

Malade du 12, oreillon à droite; le lendemain, petite poussée à gauche.

Testicule droit pris le 14 au soir.

Consistance diminuée à la sortie.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
15 mars »		38,4	19	38,3	39
16 38		38,5	20	37,6	37,5
17 39,5		40,4	21	37,6	»
18 39,6		39,7			

Observation XXXII

(D'après une note de M. Sorel)

Oreillon apyrétique. — Orchite et fièvre. — Défervescence le 6^{me} jour

Gourg Ferdinand, entré le 2 janvier 1889, à l'hôpital militaire de Marseille, pour oreillon à gauche.

Le 1^{er} février, orchite à droite.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
25 janvier » »		37,	1 ^{er} février	38,7	40,1
26 —	36,7	36,9	2 —	39,3	40,6
27 —	36,8	36,9	3 —	39,4	40,9
28 —	37	37,1	4 —	39,5	40,2
29 —	36,8	37,3	5 —	39,1	39,1
30 —	37,2	37,1	6 —	37	36,8
31 —	36,8	37,2			

Observation XXXIII

(D'après une note de M. Sorel)

Orchite ourlienne.— Fièvre.— Déferescence le 6^{me} jour

Guillemin Etienne, 2^{ma} soldat, 21 ans, 31^e de ligne, 3 mois de service, entre le 22 février.

Malade depuis la nuit du 21 au 22 février. Oreillon double d'emblée, légère angine. Orchite droite dans la nuit du 2 au 3 mars. A la sortie, testicule normal.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
3 mars	38,7	40,2	6	39,1	39,4
4	38,9	39,3	7	38,2	38,1
5	38,5	40,8	8	37,2	37

Observation XXXIV

(Personnelle)

Oreillons apyrétiques. — Orchi-épididymite. — Fièvre à marche irrégulière. — Déferescence le 8^{me} jour

Bourrel Félix, 12^{me} bataillon d'artillerie de forteresse, entré le 24 avril 1891, salle Sainte-Marie, N° 4.

Le 24 (2^e jour de la maladie), parotide gauche très enflée, ganglion induré à l'angle de la mâchoire gauche.

La parotide droite est douloureuse à la pression depuis le matin du 24.

Le 25, chaîne de ganglions derrière les sterno-mastoïdien droit et gauche.

Le 26, gonflement de la sous-maxillaire droite, apparition de ganglions dans les régions sous-maxillaires droite et gauche.

Le 28, les parotides ont diminué, la sous-maxillaire droite est revenue au volume normal, mais reste sensible à la pression. Le malade a la langue sale depuis le matin, la bouche sèche, appétit diminué; quelques frissons vers 1 heure après midi; à 6 heures, sueurs abondantes.

Le 29, au soir, nous constatons que la tête de l'épididyme gauche est douloureuse à la pression et légèrement indurée.

Le 30, même état.

Le 1^{er} mai, la parotide et la sous-maxillaire droites sont revenues à l'état normal; la parotide et la sous-maxillaire gauches sont encore volumineuses. Les ganglions développés en arrière du sterno-cléido-mastoïdien gauche ont disparu; à droite, on en retrouve encore quelques-uns. L'épididyme est moins douloureux; le testicule gauche se prend.

Le 2 mai, l'épididyme est en résolution, mais encore sensible à la pression; le testicule est plus volumineux que la veille et plus douloureux.

Le 4, testicule diminué de volume encore douloureux.

Le 7, testicule normal, les ganglions cervicaux ont disparu.

Le 8, *exeat*. Numération des globules = 3,162,000 globules rouges par millimètre cube de sang.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
24 avr.	37,2	36,8	1 ^{er} mai	37,7	39,5
25	37,6	37,4	2	38,1	38,5
26	37,2	37,6	3	38,6	39,2
27	37,4	37,6	4	37,8	38,3
28	39,2	39,3	5	37	36,8
29	39,2	38,7	6	36,8	37,1
30	38,3	37	7	36,8	»

Observation XXXV

(D'après une note de M. Sorel)

Fièvre évoluant en deux poussées.— Défervescence le 9^{me} jour

Bartelot, entré à l'hôpital militaire de Marseille, pour oreillon double et orchite droite, le 8 janvier 1889.

Le 7, le testicule droit est devenu légèrement douloureux, mais il n'a guère augmenté de volume.

Le 12, le testicule augmente fortement (6^{me} jour de l'orchite).

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
8 janv. »		39	13	39,9	40,8
9	38	38,5	14	40,1	40,8
10	38,2	38,5	15	37,8	37,6
11	38	38,3	16	37,2	36,9
12	39,3	40,7			

Observation XXXVI

(D'après une note de M. Sorel)

Orchi-épididymite.— Fièvre abortive.

Eluau, 31^e de ligne, entre le 11 avril 1887, à l'hôpital Saint-Martin, pour un abcès à la fesse. Evacué le 22 avril sur la salle 10, N^o 2, au 3^e jour d'un oreillon gauche, puis droit.

Le 1^{er} mai: Douleur au testicule gauche, induration de l'épididyme (tête et queue).

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.	
2 mai	37,4	37	2 ^e jour.	6	36,2	39,5
3	36,5	37,2	7	36,5	36,5	
4	36,5	37,2	8	36,1	36,6	
5	36,4	37,1	9	36,1	»	

Observation XXXVII

(D'après une note de M. Sorel)

Orchite ourlienne. — Fièvre abortive.

Maurel Louis, 14^m d'infanterie, entré le 14 mars 1890 à l'hôpital militaire de Marseille, salle 10, N° 20, au quatrième jour d'un oreillon double.

Le 17 mars, orché-épididymite gauche.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
14	»	37,6	19	36,9	36,8
15	37,4	36,5	20	37,3	37,6
16	36,6	36,8	21	36,9	37,3
17	37	38 (orchi)	22	37,3	37,6
18	37,7	37,6	23	37,2	»

Observation XXXVIII

(Personnelle)

Oreillons avec accès de fièvre. — Orchite et fièvre abortive.

Collomb, 12^m bataillon d'artillerie de forteresse, classe 1889, entré le 23 avril 1891, salle Sainte-Marie, N° 3, Hôtel-Dieu, à Nîmes.

Le 23 avril (2^m jour de la maladie), oreillon gauche.

Le 24, oreillon droit.

Le 25, chaîne de ganglions engorgés située en arrière du sterno-mastoïdien gauche.

Le 26, petits ganglions en arrière du sterno-mastoïdien droit. Les deux glandes sous-maxillaires se prennent. Apparition de ganglions dans les régions de ces glandes.

Le 27, les ganglions situés en arrière du sterno-mastoïdien droit ont disparu.

Le 29, œdème des régions parotidiennes qui ne sont plus douloureuses.

Le 1^{er} mai, les sous-maxillaires sont revenues à l'état normal, il reste encore dans les régions de ces glandes quelques petits ganglions douloureux à la pression.

Le 5, au matin, le malade ressent de la douleur du côté de l'épididyme gauche. La tête de l'épididyme est légèrement tuméfiée et présente un petit noyau d'induration. Le soir, le testicule est douloureux. Appétit très diminué, soif intense, bouche sèche, langue saburrale.

Le 6, œdème du cordon spermatique qui disparaît le lendemain.

Le 9, fièvre disparue, testicule et épидидyme moins douloureux.

Le 12, testicule normal, œdème de la région parotidienne droite; il reste deux ou trois ganglions en arrière du sterno-mastoïdien gauche.

Numération des globules : 3,534,000 globules rouges par millimètre cube de sang.

Le 14, *exeat*.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
23 avril »		38,1	5 mai »		38,7
24	37,4	38,2	6	37,7	37,8
25	37,4	37,5	7	36,8	37,6
26	37,1	37,5	8	37,1	36,8
27	37,1	37,1	9	36,7	37
28	37,1	37,3	10	36,7	»

Observation XXXIX

(D'après une note de M. Sorel)

Oreillons apyrétiques. — Orchite. — Fièvre abortive

Sicot Jean, 40^{me} d'infanterie, entré, le 26 mars 1890; à l'hôpital militaire de Marseille, salle 11, N° 29.

Ce malade a eu les oreillons sans fièvre, il y a huit jours. Ces oreillons ont à peu près complètement disparu aujourd'hui.

Le 26 mars, jour de son entrée, Sicot a eu une petite poussée d'épididymite.

Le 28, l'épididymite avait disparu.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
26	»	40,2	29	37,2	37,2
27	37,4	37,2	30	36,9	»
28	36,9	36,9			

Observation XL

(D'après une note de M. Sorel)

Oreillons fébriles. — Orchite double. — Fièvre. — Déferescence le 5^{me} jour

Bertaud Pierre, entré le 8 février 1889, salle 19, lit 16, hôpital militaire, Marseille.

Entré avec oreillon sans complication; le 11, orchite se déclare à gauche; le 14, à droite, portant surtout sur les épидидymes, mais plus prononcée à droite.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
8	»	38,1	13	39,7	40,8
9	37,5	37,7	14	40,4	40,6 orch. dr.
10	37,2	»	15	39,1	39,9
11	»	» orch. gauc.	16	37,4	37,2
12	37,9	37,2			

Observation ALI

(D'après une note de M. Sorel)

Orchite double. — Déferescence brusque le 5^{me} jour

Coatrieux Gilles, 25 ans, 76^{me} de ligne, entre, le 1^{er} mai 1886, à l'hôpital Saint-Martin, salle 10, N° 21.

Le 25 avril, oreillon à droite, puis à gauche.

Le 29, orchite à droite.

Le 30, orchite à gauche.

	T. M.	T. S.
2 mai	»	39,7
3	36,4	36,8
4	36,5	»

Observation ALII

(D'après une leçon clinique de M. le professeur Jaccoud)

Un jeune homme de 19 ans entré, le 12 janvier 1884, à l'hôpital de la Pitié, salle Jenner, N° 19, il était au 7^e jour de sa maladie.

Le 6 janvier, il avait perdu l'appétit et s'était senti pris de

fièvre avec céphalalgie. Quarante-huit heures après, oreillons parotidiens et sous-maxillaires du côté droit.

Le 10, les oreillons parotidiens et sous-maxillaires naissent du côté opposé.

Le 11, douleurs dans le testicule gauche, sur le trajet du cordon et dans la région lombo-sacrée; gonflement des bourses; la fièvre augmente.

Le 12. *Etat actuel*: Fièvre, état saburral très marqué; gonflement considérable de tout le côté droit du cou et de la région maxillaire; — à gauche, gonflement moins marqué mais certain des régions similaires; — de ce même côté gauche, gonflement visible et rougeur du testicule et du scrotum.

Le 14, signes d'endocardite.

Le 19, le testicule droit est douloureux et augmenté de volume, et la parotide du même côté s'est de nouveau gonflée.

Le 24, tout est rentré dans l'ordre et la convalescence marche rapidement. Dix jours après, le malade quittait l'hôpital dans un état de santé irréprochable.

	T.M.	T.S.		T.M.	T.S.
12 janv.	»	39,2	19 janv.	40	39,6
13 —	38	39,4	20 —	37,3	38,2
14 —	40	40,4	21 —	36,9	37
15 —	40,2	40,2	22 —	36,6	36,8
16 —	40,4	38,2	23 —	36,5	36,6
17 —	38,4	38	24 —	36,7	36,5
18 —	37,8	37,4			

(Jaccoud. Leçons cliniques 1875).

Observation XLIII

(D'après une leçon clinique de M. Jaccoud 1887)

Le jeune homme de 28 ans, couché depuis le 8 avril dernier au N° 23 de la salle Jenner, a été affecté d'oreillons bé-nins. Son histoire est des plus simples.

Le 22 mars dernier, étant en parfaite santé, il a été pris de douleur avec gonflement dans la région parotidienne gauche. Trois jours après, la parotide droite est intéressée à son tour, la tuméfaction est considérable, il y a de la dis-phagie, et une sécheresse marquée de la bouche et de la gorge. Cependant, le malade dit n'avoir pas eu de fièvre durant ces premiers jours, la fièvre n'aurait paru que le 6 avril, au moment où le testicule droit est devenu le siège d'une fluxion douloureuse.

La fluxion testiculaire augmente notablement dans la jour-née du 7; le malade souffre beaucoup et il a le sentiment d'une fièvre très forte. Notons que pendant ce temps la fluxion parotidienne était demeurée à peu près stationnaire. Lorsque ce jeune homme vient à l'hôpital, le 8 avril, nous constatons une détente très accusée dans les régions parotidiennes et une tuméfaction vraiment énorme du testicule droit, dont le volume dépasse celui d'un œuf de poule. Le moindre attou-chement provoque une douleur des plus vives, il n'y a au-cune démarcation saisissable entre le corps du testicule et l'épididyme. Le testicule gauche est intact.

Le 8, au soir, la température est de 40°4,

Le 9, matin, 39°8; soir, 41°.

Il est bien remarquable que cette fièvre intense ne sem-

blait nullement affecter le malade; son état général était excellent.

Le 14 avril, il y a une menace de fluxion sur le testicule gauche, qui est un peu gonflé et légèrement douloureux, et la température du soir est de 38°2. Cette menace n'a pas de suite; le lendemain matin, le thermomètre est à 37°2; le commencement de gonflement testiculaire a disparu.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
8 av. »		40,4	13	36,8	37
9	39,8	41	14	37	38,2
10	39,4	40,2	15	37,4	37,2
11	38,8	38,6	16	36,5	»
12	37	37			

Observation XLIV

(Personnelle)

Fièvre ourlienne primitive sans complications, puis fièvre et orchite double.

Daum... Ferdinand, 2^{me} canonnier-servant, au 12^{me} bataillon d'artillerie de forteresse en garnison à Briançon, entre, le 9 avril, à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, salle St-Augustin, N° 18.

La maladie actuelle a débuté, il y a deux jours (le 7), par de la douleur et du gonflement des régions parotidiennes; il n'a pas eu de fièvre; jusqu'ici, l'appétit a été conservé; seulement, par suite du gonflement, il ouvre la bouche avec peine et les mouvements de mastication exagèrent les douleurs.

Les parotides sont volumineuses et les sous-maxillaires également. Il n'est pas possible de délimiter ces glandes par

le palper à cause de l'empâtement des tissus qui les entourent. Aujourd'hui, le malade se sent plus mal que les autres jours, il a moins d'appétit; le soir, il éprouve une sensation de chaleur qu'il n'avait pas ressentie jusqu'ici.

Le 10, le gonflement nous paraît avoir augmenté.

Le 11, les parotides et les sous-maxillaires semblent diminuer.

Le 14, douleur dans le testicule gauche qui augmente de volume le lendemain.

Le 16, parotides normales, le testicule gauche ne paraît pas avoir augmenté de volume, le scrotum est légèrement œdémateux.

Le 17, orchite droite.

18. L'orchite gauche diminue, le testicule droit est aujourd'hui plus gros que son congénère.

Le 19, on sent du liquide dans la vaginale droite, mais la vaginale n'en est pas remplie, elle donne la sensation d'une « outre à moitié pleine » (M. Sorel).

Le 20 et les jours suivants, l'amélioration s'accroît.

Le 21, numération des globules = 3,875,000 globules rouges par millimètre cube de sang.

Le 24, *exeat*. Testicules encore plus gros qu'à l'état normal.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
9 avr.	37,3	38,1	16	38,1	40,9
10	38,1	38,5	17	38,5	40,1
11	37,7	38,3	18	37,6	37,4
12	37,1	37,4	19	36,5	36,8
13	37,9	40,5	20	36,2	36,5
14	39,1	39,7	21	36,5	»
15	39,3	40,1			

Observation XLV

(Montpellier 1877. Thèse Gailhard)

Oreillons et orchites doubles, épistaxis répétées, accidents nerveux
(cataleptiformes).

16 janvier 1876. Léon Garrod (Charente-Inférieure), soldat au 3^{me} régiment d'infanterie de marine, salle 15, N° 7.

16 janvier. Malade depuis huit jours; fièvre suivie d'oreillons doubles, douloureux au début. Depuis quatre jours, épistaxis répétées; aujourd'hui, il en est survenu une abondante et difficilement arrêtée à l'infirmierie de la caserne.

A l'entrée : tuméfaction des régions parotidiennes; langue sale à la base, rouge sur les bords et à la pointe, ventre empâté, gargouillement iliaque droit; anorexie, constipation depuis quatre jours. P. 108, plein, vibrant; peau chaude, céphalalgie; pâleur des muqueuses; rien du côté des voies pulmonaires (bouillon, thé, ipéca et émétique; sulfate de quinine, 80 centigr.). Soir : épistaxis.

Le malade se sent moins bien le jour que la nuit.

17. P. 100, T. 40°6. Ventre tendu, état saburral, stupeur, pas de selles encore; gonflement notable et douloureux des deux testicules, surtout du gauche. Les oreillons ont presque disparu; un peu de toux. Soir : langue humide, ventre moins tendu, facies animé; peau sèche, chaude; stupeur moindre. P. 88 (soupe, eau de Sedlitz); selles.

18. P. 100. T. 40°4. État saburral persistant, tuméfaction considérable des testicules. Soir : P. 96. T. 40°6; langue sèche, encore un peu de gonflement parotidien; même état des orchites; urines acides, troubles, avec dépôt considérable d'urates; pas d'albumine; D. 1030 (soupe, un quart de vin,

décoction de quinquina). Vers 5 heures, sans autre signe prémonitoire qu'un remuement incessant des lèvres, comme s'il parlait à voix basse dans une conversation animée, Garrod est tombé dans un coma analogue à celui qui succède à une attaque d'épilepsie; urines et selles involontaires; écume abondante, visqueuse, aux lèvres; mâchoires serrées, insensibilité complète au pincement, pas de connaissance. Le corps est plié en deux; le bras droit, relevé verticalement, reste dans cette position; le gauche retombe inerte. P. 100; respiration calme, muscles de la nuque contractés, mydriase, yeux convulsés en haut et en dehors. A 6 heures et demie, le malade soulève les paupières: le regard est fixe, terne, plus d'écume à la bouche, insensibilité, pouls fréquent; peau chaude, sèche; épistaxis. A 7 heures, crachements répétés, quelques paroles incohérentes; le malade exécute quelques mouvements; déglutition des liquides impossible. A 8 heures, intelligence revenue; le malade répond aux questions; longues et profondes inspirations, entrecoupant une respiration calme. Dans la nuit, subdélirium: Garrod est tombé de son lit sans en avoir conscience, comme il l'avait fait durant sa crise (soupe, décoction de quinquina, lav. séné et sulfate de soude).

19. P. 92. T. 38°8. Stupeur; répond difficilement aux questions, moiteurs, pupilles très dilatées, tête rejetée en arrière (bouillon, bromure de potassium 2 grammes; onctions mercurielles belladonnées). Soir: Subdélire; Garrot se plaint d'odontalgie à droite. T. 39°5. P. 88. Même état des testicules, œdème scrotal.

20. P. 72. T. 36°8. Subdélirium dans la nuit, stupeur moindre, pas de céphalalgie, l'odontalgie persiste à droite, état saburral, selles diarrhéiques, ventre indolore; la résolution testiculaire recommence (soupe, infusion de valé-

riane, 1 verre; bromure de potassium, 2 gram.) Soir: P. 68. T. 37° (sulfate de quinine, 0,80).

11. P. 68, 2. T. 37°. Grande quantité d'urates dans les urines. D. 1028. Soir: P. 64. T. 36°2 (soupe, demie vin, vin de quina, sulfate de quinine, infusion de valériane, bromure de potassium).

22. P. 72. T. 37°4. Soir: P. 68. T. 36°4.

Mouvements du tronc douloureux, deux selles diarrhéiques.

23. P. 72. T. 37°2. Soir: P. 68. T. 37°.

24. P. 76. T. 37°. Soir: P. 64. T. 37°.

La résolution testiculaire continue (V. K.; décoct. kina; bromure de potassium, quart, demie vin).

25. P. 73. T. 36°8. Soir: P. 60. T. 36°6.

Le gonflement des testicules a disparu, faiblesse, convalescence.

2 février. *Exeat.*

Observation XLVI

(Plagneux. Thèse Paris)

Oreillon double et angine.— Orchite double.— Bronchite.

Malade entré le 6 février (4^me jour de la maladie).

Angine, parotidite double.

Le 7, testicule douloureux à droite.

8, vomissements.

10, orchite à gauche.

11, orchite à droite, bronchite.

	T. M.	T. S.		T. S.	T. S.
6 fév.	38	38,3	11	38,5	39
7	38,2	39,2	12	37	37
8	38,2	40	13	36,7	36,7
9	39,9	40	14	36,7	36,7
10	39,4	39,9	15	37	»

Observation XLVII

(D'après une note de M. Sorel)

Oreillons suivis de fièvre sans orchite

Goujon Eugène, caporal au 31^e de ligne, entré le 18 mars 1887, hôpital Saint-Martin, Paris. Malade du 17, présente un oreillon à gauche, puis à droite, dans la nuit du 18 au 19. Le 25, fièvre sans cause connue.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
25 mars	»	39	29	37,5	37,8
26	38	39	30	37,6	37,6
27	38,6	39,3	31	37,2	»
28	38,4	38			

La défervescence a lieu le 5^{me} jour.

Observation XLVIII

(D'après une note de M. Sorel)

Oreillons.— Fièvre primitive et fièvre secondaire sans orchite et sans complications.

Tourneyre Jean, entré le 28 janvier 1887, salle 19, lit 12, hôpital militaire de Marseille. Oreillon double au 3^e jour, la fièvre reste inexpliquée, pas d'orchite.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
28 janv. »		39,5	3	37,5	38,3
29	38,5	38,3	4	37,5	38,3
30	37,1	36,9	5	36,6	37,8
31	37	36,9	6	37,6	38,4
1 ^{er} fév.	38,8	38,9	7	36,7	36,9
2	39,5	39,6			

CHAPITRE IV

Quand la défervescence est complète, il survient une période pendant laquelle la température descend au-dessous de la normale.

Il suffit de jeter les yeux sur les observations qui ont été publiées dans le cours de ce travail pour voir que le phénomène dont nous parlons est à peu près constant. Dans une observation de M. Sorel, l'hypothermie a duré onze jours (Obs. XLIX). Dans l'observation L que nous avons prise à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, elle n'a duré que six jours. Dans d'autres cas, la température oscille un certain temps, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de 37°.

Depuis M. Sorel, Granier, Servier et bien d'autres ont noté l'hypothermie dans la convalescence de la fièvre testiculaire, et, comme lui, ils ont remarqué que la lenteur du pouls coïncidait habituellement avec l'hypothermie. « Nous avons observé, dit M. Servier, un fait constant, au 5^{me} ou 6^{me} jour de la maladie, lorsque la fluxion testiculaire diminuait, et que tout appareil fébrile avait disparu, c'est un ralentissement très marqué des mouvements du cœur; le pouls battait à peine cinquante fois par minute, il tombait à 48, 46 pulsations. Il était, du reste, suffisamment plein et fort. C'est chez les malades qui avaient présenté l'aspect typhoïde que le ralentissement du pouls a été le plus considérable. »

Karth ainsi que M. Sorel ont vu, dans certains cas, des intermittences du pouls. Pendant que la température descend au-dessous de la normale, pendant que le pouls se

ralentit, il se fait du côté du testicule un travail de retour vers l'état normal. Rien de plus variable en somme que la date de la résolution complète de l'orchite ourlienne par rapport à la défervescence fébrile; il n'y a jamais d'isochronisme entre la chute de la fièvre et la réparation locale, réparation qui, d'ailleurs, ne se fait pas toujours comme il serait à souhaiter. Nous n'ignorons pas, en effet, que l'atrophie testiculaire est une des conséquences fréquentes de l'orchite ourlienne. C'est une des suites fâcheuses de la maladie qui en assombrit considérablement le pronostic. Eh bien, cette atrophie testiculaire commence ou plutôt s'annonce par un état de mollesse particulier de l'organe, état qui se manifeste quelques jours après la défervescence et pendant la période d'hypothermie qui nous occupe.

Notons enfin l'état d'anémie dans lequel se trouvent les malades au moment où ils entrent en convalescence. Pendant la petite épidémie que nous avons eu l'occasion d'observer, nous avons compté les globules rouges de sept malades au moment de la sortie, et voici les résultats auxquels nous sommes arrivés :

Parmillimètre cube de sang.

Oreillons simples	4,557,000 globules rouges
—	4,340,000
Oreillons et orchites	4,092,000
—	3,937,000
—	3,875,000
—	3,534,000
—	3,162,000

Ces chiffres sont constamment au-dessous de la normale, mais l'anémie est plus considérable quand il y a eu orchite que dans les cas d'oreillons simples, ce qui confirmerait cette opinion de M. Sorel que l'orchite et la fièvre testiculaire

indiquent toujours «une action plus intensive de la maladie, une évolution plus complète du mal.»

La fièvre ourlienne est donc une maladie essentiellement anémiante, et cette anémie consécutive explique, jusqu'à un certain point, la lenteur de la convalescence, qui parfois rappelle en tous points celle d'une fièvre grave, d'une fièvre typhoïde, par exemple. C'est là un fait noté par plusieurs auteurs.

Rillet surtout a insisté sur ce point : «J'ai vu, dit-il, plusieurs malades qui, au bout de quinze jours à trois semaines, n'avaient pas encore repris leur santé habituelle et étaient étonnés qu'une maladie aussi légère eût pu produire un pareil abattement.» C'est encore là un caractère qui dénote l'atteinte profonde subie par l'économie tout entière dans cette maladie, et qui montre bien que c'est une maladie générale frappant tout l'organisme et non pas seulement les glandes salivaires, les testicules et accessoirement quelques autres organes.

L'état d'altération profonde dans lequel se trouve l'organisme à la suite des oreillons peut nous aider à comprendre la pathogénie de certaines maladies qui troublent la convalescence et retardent le retour à la santé. Nous rapporterons à la fin de ce chapitre deux observations (LI et LII) de pleurésies survenues dans la convalescence des oreillons. Nous ne pensons pas qu'il faille regarder ces pleurésies, qui n'ont rien d'extraordinaire, comme dues à l'infection ourlienne; il est probable que l'altération subie par l'organisme a ouvert la porte à une infection secondaire. On sait, en effet, que l'organisme sain est constamment en contact de microbes en grand nombre, il en porte en lui-même une multitude qui sont parfaitement innocents tant que le fonctionnement organique présente son activité normale, mais ces microbes peuvent devenir nuisibles par envahissement lorsque l'orga-

nisme, détérioré, manque de sa vitalité et de sa résistance ordinaire. On lira également à la fin de ce chapitre une observation (LIII) où les oreillons ont été suivis d'angine phlegmoneuse avec fièvre tombant le jour de l'ouverture de l'abcès amygdalien. Ici encore, nous aurions de la peine à admettre que cette angine soit due à l'infection ourlienne qui détermine si rarement la suppuration, tandis que rien n'est plus naturel que de songer à une infection secondaire par des microbes pyogènes.

Ici, la fièvre observée n'est pas une rechute de la fièvre ourlienne, dont elle n'a d'ailleurs aucun des caractères, ni *fastigium* unique, ni défervescence en deux ou trois jours ; elle présente, au contraire, un plateau, une période d'état pendant quatre jours environ, et la défervescence se fait brusquement le jour où le pus s'ouvre une voie à l'extérieur. C'est encore un accident de la convalescence dû à une infection secondaire, et pas une rechute.

Dans l'observation LIV, au contraire, nous assistons à une vraie rechute. Trois semaines après une atteinte d'oreillons apyrétiques, ayant toujours conservé une certaine lassitude qui l'empêchait de faire tout son service, le malade vit reparaître les oreillons et rentra à l'hôpital pour la seconde fois. A cette seconde atteinte, il eut deux jours de fièvre légère dès le début (38°), puis, tout étant rentré dans l'ordre, il eut encore une petite poussée le 9^m soir de la rechute.

Des cas analogues sont assez rares, mais Lichtenstein en a observé où la récurrence se montrait de huit à quatorze jours après la disparition de la première poussée, et Gerhardt signale une récurrence dix-neuf jours après la disparition de tout symptôme. Cette récurrence était accompagnée d'un nouveau mouvement fébrile.

Dans notre cas, l'intervalle entre les deux poussées est

de 28 jours, pendant lesquels le malade n'est pas revenu à la santé. Est-ce le cas de dire qu'il y a eu rechute ou récédive? Y a-t-il eu une nouvelle infection après une atteinte trop légère pour conférer l'immunité? Ou bien est-il resté dans le corps une partie du poison qui n'a pas épuisé son action dans la première poussée et qui a déterminé une nouvelle affection glandulaire? C'est à la dernière de ces deux hypothèses que nous nous arrêterons le plus volontiers. Les récédives dans les oreillons sont excessivement rares, bien que Servier, Logerais, etc., en aient rapporté quelques observations; au contraire, la rechute est quelque chose d'essentiel à cette maladie. Ne voyons-nous pas à tout instant les oreillons guéris en apparence, la fièvre étant tombée, une apyréxie qu'on pourrait croire définitive, arrivant même à l'hypothermie, ne voyons-nous pas la fièvre s'allumer de nouveau, reprendre une nouvelle intensité, en même temps qu'apparaît une orchite? Que la fluxion soit localisée sur le testicule, qu'elle se porte une seconde fois sur des glandes salivaires, cela ne change rien aux habitudes de la maladie ourlienne, elle est par nature une fièvre à rechutes. Nous aurions aussi bien pu classer notre observation, dans le chapitre précédent, entre les cas de fièvre orchitique abortive et ceux de fièvre sans orchite: c'est toujours la fièvre secondaire des oreillons qui s'est manifestée, non pas à propos d'une fluxion testiculaire, mais en même temps qu'une seconde fluxion parotidienne.

Il ne faudrait pas croire qu'après les localisations parotidiennes ou testiculaire, la maladie ourlienne ne peut pas atteindre d'autres organes. Jourdan se demandait, en 1878 (*Recueil de mémoires de médecine militaire*), s'il ne devait pas mettre sur le compte de l'infection ourlienne une pneumonie grave à forme ataxo-adynamique survenue huit jours après le gonflement parotidien. « Cette pneumonie arrivée

après les oreillons, disait-il, est-elle absolument indépendante? Ne pourrait-on pas y voir une complication tardive de la maladie, tout comme les pneumonies à marche irrégulière, qui se montrent aussi dans le cours de la rougeole?»

Nous nous posons la même question, à propos de l'observation d'oreillons graves qui nous a été communiquée par M. le professeur Kiener (Obs. LV). Dans ce cas, à la suite des oreillons, d'une épididymite non fébrile, nous voyons une pneumonie accompagnée de névralgies très douloureuses occupant quatre espaces intercostaux à la fois. Cette pneumonie évolue dans l'apyrexie presque complète (la température est arrivée un seul jour à 38°2), puis, au moment des râles de retour, il y a des accidents cholériformes, et le malade meurt.

L'autopsie montre un foyer d'hépatisation de consistance spéciale bien différente de celle des lésions de même ordre dans les phlegmasies franches. L'évolution de cette pneumonie s'éloigne beaucoup trop des formes habituelles, elle présente des lésions anatomiques toutes spéciales, elle est fondue dans la fièvre ourlienne; nous n'hésitons pas à la mettre sous la dépendance des oreillons.

Cette observation représente une forme grave de la maladie ourlienne, qu'on pourrait placer à côté de celles que M. Karth a décrites dans son excellente thèse. Il est vrai qu'on a soutenu, il y a quelques années, que toutes les pneumonies étaient de même nature, toutes étant produites par un même microbe (Afanasiew, *Société de biologie*, 31 mai 1884).

M. Jaccoud disait dans ses leçons cliniques, en 1885 : « Toutes les pneumonies à hépatisation sont égales devant le microbe, la pneumonie est une, c'est une maladie microbienne. »

Il y avait là une exagération dont on revient aujourd'hui,

et nous savons que M. le professeur Kiener a pu retirer le bacille typhique pur de certaines pneumonies hépatisantes développées dans le cours de la fièvre typhoïde.

Dans notre observation, qui date d'une époque où on ne faisait pas d'examen bactériologique, nous manquons des renseignements que les cultures auraient pu nous donner ; mais la marche toute particulière de cette pneumonie et l'examen macroscopique des organes lésés nous permettent de dire que les caractères insolites observés sont dus à la nature spéciale de la maladie. Il n'y a pas eu infection secondaire ; mais l'infection ourlienne a été plus toxique qu'à l'ordinaire, elle a retenti sur des organes qu'elle a l'habitude de respecter.

Ainsi, il ne faudrait pas croire que l'orchite est la dernière des manifestations locales et qu'après elle la maladie est terminée, que la bête a jeté tout son venin. Il ne faut pas attribuer à des infections secondaires tous les accidents survenus après les manifestations testiculaires de la maladie ourlienne ; il faut connaître les formes graves de cette maladie et ne pas trop se hâter d'annoncer la guérison.

Au point de vue de la fièvre qui nous occupe tout spécialement dans ce travail, cette observation nous montre que la température est loin d'être en rapport avec la gravité des accidents et que la mort peut survenir à la suite de cas où la fièvre a été insignifiante.

Observation XLIX

(Recueil de Mémoires de médecine et de chirurgie militaires. — Sorel, 1877.)

Oreillons, orchite et hypothermie

Gazengel, jeune soldat à la 4^{me} compagnie, se refroidit à l'exercice du 17 mars. Le lendemain, céphalalgie frontale et sus-orbitaire, gêne à la mastication, et otalgie légère à gauche; dans la journée, oreillon léger de ce côté.

Le 19 mars, oreillon à droite, qui reste faible et disparaît le 22 mars.

Le 24, au matin, céphalalgie plus vive, fièvre et orchite à gauche; l'oreillon disparaît dans la journée.

Le 25, testicule augmenté de volume; jaborandi, 4 grammes en infusion.

Néanmoins, le 26, le testicule est encore augmenté, scrotum tendu, luisant; nouvelle dose de jaborandi portée à 5 grammes.

Etat stationnaire du testicule; le 27, céphalalgie disparue.

Le 28, testicule rénitent, mou le 29.

Apyrexie, le 30.

Il reste un état hypothermique avec diminution des forces qui persiste jusqu'au 10 avril. Le testicule est resté plus petit et plus mou.

	T. S.		T. S.
26 mars	40,2	4	36
27	39,2	5	36,6
28	38,5	6	36,5
29	37,6	7	36,7
30	36,6	8	36,8
31	36,3	9	36,5
1 ^{er} avril	36,2	10	37,2
2	35,7	11	37
3	35,8		

Observation L

(Personnelle)

Oreillons.— Orchite double débutant par le testicule droit.

M... Paul, maréchal des logis, 12^e bataillon d'artillerie de forteresse, entre, à l'hôpital de Nîmes, le 7 avril 1891, salle Saint-Augustin, N^o 8.

Début de la maladie actuelle, le 30 mars, à Briançon. Léger gonflement des deux parotides, le malade n'a pas été à l'infirmerie, les oreillons ont retrocédé rapidement.

Le 4 avril, il n'y avait plus trace d'oreillons; il part pour Nîmes et s'aperçoit, au milieu du voyage, que son testicule droit est douloureux et augmente de volume.

Le 6, le testicule gauche se prend à son tour.

Le 7, le malade entre à l'hôpital. Les testicules ne sont pas très volumineux ni très douloureux, les bourses sont un peu œdématisées, pas de liquide dans les tuniques vaginales. L'appétit manque; cependant, la fièvre paraît tombée et le thermomètre ne donne que 37°5 le soir de l'entrée à l'hôpital.

Le 8, le malade se trouve mieux et demande à manger. Rien de changé du côté des testicules.

Le 12, le testicule gauche a diminué de volume.

Le 13, le testicule droit diminue aussi.

Le 15, le volume des testicules est à peu près normal, mais ils sont encore douloureux à la pression et même au moindre frottement.

18. Le testicule droit est encore un peu plus gros que le gauche, sa consistance est un peu plus molle que celle de son congénère.

21. Même état. Numération des globules = 4,092,000
globules rouges par millimètre cube de sang.

22. *Exeat.*

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
7	»	37,5	12	36,3	36,5
8	37	37,2	13	36,5	37
9	36,8	36,7	14	36,8	36,8
10	36,5	36,9	15	37	37,2
11	36,6	36,7	17	37	37,1

Observation LI.

(Recueillie par M. Lacassagne.— Due à l'obligeance de M. le Professeur Kiener)

**Pleurésie gauche, dans la convalescence
d'une orchite double consécutive elle-même aux oreillons.**

Pontrière, 24 ans, entre à l'hôpital Saint-Eloi, le 13 avril, pour une orchite à gauche ; n'a jamais eu d'écoulement blennorrhagique, mais au mois de février il a été traité à l'hôpital de Cambrai pour une tuméfaction parotidienne double, guéri au bout de huit jours sans complication d'épididymite. L'orchite gauche se complique au bout de quelques jours d'orchite droite; cette nouvelle localisation ne diminue en rien le gonflement de la glande congénère et disparaît avant la première. Dans les premiers jours de mai, les deux affections testiculaires étaient en voie de résolution, mais le malade ne recouvrait point l'appétit, lorsque se déclara un point de côté à gauche avec fièvre et avec oppression.

Le 15 mai, l'épanchement emplissait le côté gauche de la base au sommet.

Le 17, commencement de résolution, niveau de la matité au-dessus du mamelon. La mensuration donnait :

Sous l'aisselle : circonférence, 90 cent.....	côté sain 45
	côté mal. 45
Au niveau des mamelons : circonférence, 90 cent.....	côté sain 44
	côté mal. 46
Au niveau de l'appendice xyph. : circonférence, 91 cent.	côté sain 43
	côté mal. 48

Le 18, au soir, frisson qui dure un quart d'heure.

Le 20, submatité au sommet, matité sur presque toute la hauteur.

Le 22, la sonorité est revenue dans les deux tiers supérieurs, la résolution continue jusqu'à 25.

Le 27, on constate une recrudescence de l'épanchement.

Le 29, à midi, frisson violent. Néanmoins, les jours suivants, domination graduelle de l'épanchement.

Le 4 juin, frottement pleural jusque dans les parties inférieures du côté.

Le 27 juin, submatité dans les deux tiers inférieurs, craquements pleuraux.

Sorti de l'hôpital le 29 juin, avec un congé de convalescence.

Observation LII

(D'après une note de M. Sorel)

Pleurésie dans la convalescence des oreillons

Pillon Jean, 21 ans, 2^{me} soldat au 31^e de ligne, entre, le 2 février, à l'hôpital St-Martin, salle 8, N^o 24.

Le 30 janvier, il a été pris d'oreillon gauche ; le 1^{er} février, oreillon droit.

Les oreillons évoluent normalement en huit jours ; il ne reste plus de trace locale de la maladie, mais le malade se sent faible et fatigué.

Le 20 février, il se déclare une pleurésie à gauche, sur laquelle nous n'avons pas de renseignements autres que la courbe thermique, qui ne présente rien d'extraordinaire. La température ne revient à la normale que le 28 mars suivant. La pleurésie a duré un mois.

Observation LIII

(Viéla. Thèse de Paris 1886)

Oreillons et orchite (angine phlegmoneuse)

Aubert Ferdinand, 21 ans, 1^{er} soldat (caserne Penthievre), entre à l'hôpital Saint-Martin le 8 août 1886.

Le 8 août, gonflement parotidien à gauche, le lendemain à droite, disparaissent du 11 au 12.

Le 12, au matin, épидидymite à droite (induration et augmentation de volume, léger gonflement du testicule.)

Le 16, l'induration de l'épididyme a diminué très sensiblement. Pas de distension des bourses.

Le 19, retour de l'épididyme à l'état normal.

Le 20, angine à gauche.

L'angine devient phlegmoneuse.

Le 26, ouverture de l'abcès.

Le 28, le testicule droit est légèrement ramolli et diminué de volume.

A la sortie du malade, le testicule a repris sa consistance, mais se trouve un peu moins gros que celui du côté opposé.

	T. M.	T. S.		T. M.	T. S.
13 août	40	40,1	22	38,2	39,7
14	38,7	37,6	23	38,1	39,7
15	37,3	36,8	24	38,6	39,2
16	37,1	39 alimentat.	25	38	39,2
17	36,8	37	26	38	37,9
18	36,5	»	27	36,5	36,9
21	39,1	38,9			

Observation LIV.

Fièvre ourlienne (rechute)

Pascal Auguste, jeune soldat au 4^me de ligne (caserne Saint-Denis), entré le 31 janvier 1886, pour oreillons, à l'hôpital Saint-Martin, Paris.

Le 30 janvier, oreillon à droite ; le 31, oreillon à gauche ; ces oreillons auraient rétrocedé en cinq jours. Le malade, sorti le 7 février, ne peut reprendre son service. Le 8, il éprouve de la lassitude, difficulté à se tenir debout. Il reste courbé ; fréquente envie d'uriner, urine brûlante et rare.

Ces symptômes ont disparu le 9 février, mais le malade reste fatigué tout en faisant une partie de son service.

Le 4 mars, au soir, aucune indisposition et, le 5, au matin, il trouve un oreillon développé à droite ; rentre de nouveau à l'hôpital. Oreillon droit assez volumineux.

Le 6, le côté gauche paraît se prendre, un peu de rougeur pharyngée.

Le 7, le côté gauche reste stationnaire, le côté droit diminue.

Le 13, les oreillons sont revenus à l'état normal.

1 ^{re} entrée :	T.M.	T.S.		T.M.	T.S.
31 janv.	37	37,4	3 fév.	36,6	37,5
1 ^{er} fév.	37	37	4	36,5	»
2	36,8	37			
2 ^{me} entrée :	T.M.	T.S.		T.M.	T.S.
5 mars	37,8	38	11 mars	37	37,2
6	37,8	38	12	36,6	37,7
7	37,6	37,4	13	38,2	37,1
8	36,7	37,3	14	36,8	36,6
9	36,8	37,6	15	37,2	37,7
10	37,3	37,4	16	37,1	

Observation LV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Kiener. — Hôpital Saint-Eloi, mars 1871)

Oreillons de nature maligne. — Parotide, orchite, pneumonie accompagnées de névralgies cruelles, sans réaction fébrile. — Accidents cholériformes. — Algidité et mort.

Autopsie: Epanchements hémorrhagiques dans les cavités séreuses, ramollissement des viscères.

Boyer Jean, 28 ans, garde mobilisé de l'Aveyron, entré le 27 février 1871, salle Saint-Gabriel, N° 32. Il est malade depuis sept jours; son billet d'entrée porte le diagnostic d'orchite. Il a de fait une épididymite à droite, caractérisée par une tuméfaction du volume d'une noisette, la rougeur de la peau et une douleur lancinante, névralgique, suivant le trajet du cordon. Il est sans fièvre; la langue est blanche; l'appétit diminué. L'épididymite a été précédée d'un gonflement médiocre de la région parotidienne gauche, accompagné de névralgie douteuse du même côté; il reste actuellement un peu d'empâtement de la région, sans douleur.

Les jours suivants, diminution graduelle de la tumeur épididymaire avec persistance de la névralgie lombo-abdominale, caractérisée par trois points douloureux à la pression, un point scrotal, un point inguinal (au niveau de l'orifice externe du canal), un point iliaque (un peu au-dessus de la partie moyenne de la crête iliaque).

Le 10 mars, l'épididymite étant à peu près résolue, et la névralgie concomitante ayant cessé, le malade est pris d'un point de côté violent à gauche. La douleur occupe cinq espaces intercostaux: à partir du quatrième, elle n'est point diffuse, mais bien névralgique, avec trois points caractéristiques reconnus à la pression dans chaque espace intercostal,

antérieur, latéral et postérieur. Il y a de la dyspnée, mais l'examen stéthoscopique reste négatif; la température est normale, mais le pouls est fréquent et développé (sinuisme).

Le 11, les névralgies sont encore assez vives. A la base du côté gauche, en arrière, apparaît un bruit de souffle avec crépitations fines; peu de toux, mais crachats orangés caractéristiques. Peu de fièvre. Dans la journée, la névralgie cède à quelques ventouses scarifiées.

Le 12, le malade est encore sans fièvre; la pneumonie a fait quelques progrès et occupe le tiers inférieur du côté gauche, en arrière, où elle se caractérise par du souffle tubaire (expectation).

Le 13 au matin, T. 37°2; pouls à 96, mêmes signes stéthoscopiques, quelques râles de retour, le tout à la base.

Le soir, le malade se plaint vivement d'une douleur à l'épigastre, douleur cuisante, exagérée par la pression de la région. Le ventre est rétracté et sensible à une pression profonde. Vomissements de matières glaireuses. La face est un peu grippée, sillon naso-labial tiré, excavation orbitaire prononcée, conjonctives injectées, teinte cyanique du nez, des lèvres et des paupières; écume fine à la bouche. Des plaques d'herpès se sont développées au pourtour des ailes du nez, sur la lèvre supérieure, sur le menton, sur la pommette gauche; de petites plaques, formées par la réunion de trois ou quatre vésicules, sont disséminées sur la paroi antérieure du thorax. Le pouls est concentré à 116, la température de 38°2, la respiration à 28. Mêmes signes stéthoscopiques que le matin. Des vomissements très douloureux se sont reproduits à plusieurs reprises dans la journée et ont amené l'expulsion de deux lombrics.

Le 14 mars, la douleur épigastrique a duré toute la nuit; c'est une sensation de brûlure, siégeant surtout au creux

épigastrique et se propageant le long du sternum. Le matin, les vomissements ont recommencé, amenant l'expulsion de matières bilieuses et de deux lombrics; la langue est épaisse, rouge sur les bords, chargée d'un enduit visqueux; il y a de la soif; la région épigastrique douloureuse à la pression, le ventre moins rétracté et moins endolori que la veille; il n'y a pas eu de garde-robe. L'état général paraît un peu meilleur; la face est moins cyanosée et l'expression en est moins souffrante.

Mêmes signes stéthoscopiques, apyrexie; pouls à 112, T. 37°5 (potion vomitive avec ipéca, 1 gr. 50).

Le soir, aggravation notable, la douleur est aiguë; le malade, assis sur son lit, gémit et porte les mains sur son ventre; cyanose et refroidissement du nez et des extrémités.

Vésicatoire de Gondret, pansé avec 0,02 de morphine, au creux épigastrique. Potion avec 0,05 de chlorhydrate de morphine.

Le 15, la douleur a été soulagée par suite de l'application du vésicatoire; néanmoins, des vomissements ont eu encore lieu dans la nuit et des lombrics ont été rendus. Il y a un commencement de réaction vasculaire; à la cyanose a succédé une hyperémie générale des téguments; la face est colorée; les conjonctives injectées. L'épigastre et l'abdomen ne sont plus douloureux à la pression; le ventre est cependant rétracté; la langue est couverte d'un enduit saburral. Point douloureux au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; matité occupant le tiers inférieur du côté gauche en arrière; souffle tubaire, râles sous-crépitaux à la base; crachats visqueux et aérés, teintés de jaune. Pouls à 94 (huile de ricin, 35 gr.)

Le soir, recrudescence de la douleur; angoisse et gémissements; ventre rétracté et douloureux à la pression, soif

vive, sensation de brûlure interne; un bouillon avalé devant nous est immédiatement rendu; la purgation n'a pas été suivie d'effet. La face, turgide et injectée comme le matin, a pris une teinte cyanotique; les yeux fortement injectés, les pupilles rétrécies. Le pouls petit et concentré, à 100.

Le 16, au matin, le malade est assis sur son lit, en proie à une douleur atroce, poussant des cris douloureux, incessamment agité, appliquant ses mains sur l'épigastre, accusant une sensation d'ardeur interne. Les traits sont profondément altérés; l'expression de la face est hippocratique; tuméfaction violacée du lobule du nez; cyanose et refroidissement des extrémités, horripilation, le malade grelotte, tandis qu'il brûle intérieurement. L'herpès de la face est flétri; des vésicules aplaties, à fond ecchymotique, sont apparues sur l'abdomen et sur les membres; ecchymoses conjonctivales, pointillé hémorrhagique du derme sur les parties latérales du thorax; quelques ecchymoses sur les bras. Langue épaisse chargée d'un enduit limoneux blanchâtre; soif; sensation de sécheresse et de chaleur à la gorge qui n'est point hypérémiée. Pouls insensible. On fait faire des frictions avec un liquide alcoolique sur tout le corps, on prescrit du café et une potion cordiale; on entoure les membres de bandes chaudes. La chaleur revient momentanément et la face se colore sous l'influence de ces moyens; la chaleur, mesurée à ce moment dans l'aisselle, marque 37°4. L'algidité reprend bientôt le dessus et le malade meurt vers midi.

Autopsie. — 30 heures après la mort (temps froid).

On reconnaît sur le cadavre le pointillé hémorrhagique du derme au niveau des parois thoraciques et abdominales, quelques ecchymoses sous-cutanées aux membres supérieurs; les vésicules flétries qui se sont déclarées le jour même de la mort sur le tronc et les membres inférieurs;

des lividités cadavériques s'étendent à toute la face postérieure du sujet; une coloration verdâtre des téguments au niveau des fosses iliaques.

Des foyers hémorrhagiques se rencontrent dans l'épaisseur du petit pectoral et en divers points du tissu cellulaire sous-cutané.

Cavité thoracique. — Chacune des cavités pleurales renferme environ un demi-litre de sérosité fortement sanguinolente.

Le poumon droit, de volume ordinaire, ayant dans les parties postérieures la consistance de l'engorgement liquide, a une coloration livide qui rappelle celle de la putréfaction commençante.

La plèvre est saine; on y remarque une injection capillaire, surtout prononcée dans les réseaux qui aboutissent aux veinules; celles-ci sont engorgées d'un sang noir. Les sections du poumon montrent un parenchyme violemment congestionné, d'un rouge violacé, sans aucun vestige de carnification; donnant partout à la pression une écume abondante, fortement sanglante, et du sang noir et poisseux issu des trous vasculaires; le parenchyme a une friabilité tout à fait exceptionnelle; il se laisse couper et déchirer sans résistance et s'écrase comme une pulpe à la pression.

Le poumon gauche présente, dans la moitié postérieure de son lobe inférieur, une consistance d'hépatisation, avec une flaccidité qu'on n'observe point dans les phlegmasies franches; la consistance diminue vers la base; la partie inférieure du lobe supérieur a la consistance de l'engorgement inflammatoire; les parties supérieures et antérieures du poumon ont la consistance de l'engorgement liquide, comme les parties homologues du poumon droit.

Au niveau de l'hépatisation, la plèvre viscérale est recouverte d'une couche grenue qui s'enlève en lamelles; sous

la plèvre apparaissent des extravasats sanguins. La coupe montre une surface grenue, d'un rouge violacé; le parenchyme conserve encore quelque crépitation; il est d'une friabilité singulière, se résout à la pression en une bouillie couleur de chocolat.

Le parenchyme non hépatisé est également très friable, se déchirant et s'écrasant avec la plus grande facilité, uniformément congestionné, donnant à la pression une écume sanglante.

Les *ganglions* du médiastin sont médiocrement tuméfiés et ramollis. Les *bronches* de calibre normal, des parois flasques, ont une muqueuse violacée, recouverte, à la fin de la trachée, d'une couche blanchâtre grenue; les petites bronches ne renferment aucune mucosité.

La *paroi thoracique*, examinée à l'intérieur, montre, au voisinage du lobe hépatisé, une congestion très vive sur la longueur des 5^e, 6^e, 7^e et 8^e espaces intercostaux; on reconnaît, dans la même région, des taches arrondies rouge sombre, correspondant aux vestiges extérieurs des ventouses. La dissection des espaces intercostaux permet de reconnaître que le tronc et les rameaux émergents des nerfs intercostaux sont vivement hyperémiés.

Cœur. — La cavité du péricarde renferme plusieurs onces d'une sérosité fortement sanglante. Le cœur, un peu dilaté, a une flaccidité et une friabilité particulières de la paroi; la fibre musculaire a une coloration livide qui rappelle celle d'une putréfaction commençante. Valvules saines. Cavités renfermant un sang noir, non coagulé, poisseux.

Cavité abdominale. — La masse intestinale se présente médiocrement tympanisée, d'une coloration lie de vin, baignée d'une sérosité fortement sanguinolente; quelques onces seulement de cette sérosité sont épanchés dans le petit bassin et dans les fosses iliaques. Le péritoine présente une

injection vasculaire semblable à celle de la plèvre, paraissant occuper surtout les réseaux d'origine du système veineux. La muqueuse de l'estomac et du duodénum, de coloration normale, est recouverte d'une couche de mucus visqueux. La muqueuse de l'iléon est normale. Le gros intestin renferme des matières fécales solides jaunâtres.

Foie. — De volume normal, décoloré, ramolli, donnant à la pression une abondante sérosité hématique.

Rate. — Doublée de volume et ramollie.

Reins. — De volume ordinaire ; d'une consistance flasque, violemment congestionnés, se laissant couper et déchirer avec une grande facilité.

Vessie. — Rétractée, renfermant quelques grammes d'urine boueuse; la muqueuse présente par places, surtout au niveau du col, un pointillé hémorrhagique.

Testicule. — Le testicule gauche a une consistance un peu moindre qu'à l'état normal et une coloration vineuse prononcée. Le testicule droit a une consistance plus molle que celle de son congénère; une coloration lie de vin uniforme et très prononcée. Vers l'extrémité supérieure, on sent un nodule piriforme qui, à la section, se trouve formé d'un caillot sanguin, assez ferme, couleur groseille. L'épididyme est normal. La cavité vaginale ne renferme pas de liquide; mais la tunique albuginée est parcourue de grosses veinules flexueuses, gorgées de sang.

Encéphale. — Sinus de la dure-mère gorgés d'un sang noir, au sein duquel on reconnaît quelques caillots fibrineux. Une certaine quantité de sérosité sanguinolente est contenue dans la cavité de l'arachnoïde. La pie-mère est congestionnée et contient dans ses mailles une sérosité incolore. La substance cérébrale est ramollie et généralement hypérémieée. Rien de particulier pour la bulbe ni pour les cavités ventriculaires.

CHAPITRE V

NATURE DE LA FIÈVRE OURLIENNE. — SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE, DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE

Nous avons maintenant parcouru les différentes étapes par lesquelles passent les oreillons au point de vue thermique : nous avons étudié une fièvre primitive, une période d'apyrexie, une fièvre secondaire et enfin l'hypothermie finale pendant laquelle débute la convalescence. Nous savons que la fièvre initiale manque souvent et que les oreillons peuvent évoluer dans l'apyrexie la plus complète ; nous avons vu que quand la fièvre initiale existe, elle a parfois une marche identique à la fièvre testiculaire, mais qu'elle n'en réalise le plus souvent que les formes abortives. A propos de la fièvre secondaire, nous avons montré sa marche caractéristique ne durant généralement pas plus d'un septénaire, n'ayant pas de période d'état, n'arrivant au fastigium que pour redescendre le lendemain et aboutir, deux ou trois jours après, à l'hypothermie.

Cette fièvre se rattache à l'orchite par des liens qui ne manquent pas d'élasticité ; tantôt elle la précède, tantôt elle est sa contemporaine, tantôt elle naît après la fluxion testiculaire ; nous avons même vu des cas où la fièvre s'est montrée sans l'orchite et d'autres où cette dernière a évolué dans l'apyrexie.

De ce que la fièvre éclate souvent alors que va se faire ou se fait une localisation nouvelle de la maladie, il ne faut donc

pas l'envisager comme l'effet du travail morbide encore secret ou déjà manifeste, dont le testicule ou les parotides sont le théâtre. La fièvre peut exister sans la lésion, et réciproquement ; par conséquent, la fièvre dérive de l'infection comme les manifestations parotidiennes et testiculaires et non de ces manifestations elles-mêmes. Il y a souvent concomitance entre la fièvre et la fluxion ; mais cette concomitance, qui a pu donner le change sur la signification réelle des accidents, ne saurait légitimer qu'en apparence la dénomination de testicule donnée au second mouvement fébrile de la maladie ourlienne. Gailhard, dans son excellente thèse, se demande si la fièvre contemporaine de l'orchite n'est pas un phénomène « à évolution plus tardive que celle de la parotide et de même incubation que la localisation testiculaire. » Dans les maladies infectieuses, dit-il, ne voyons-nous pas de ces éclosions successives et réglées qui semblent correspondre à autant d'incubations de mesures différentes, ici, très distantes (*ex.* : accidents primitifs et secondaires de la syphilis), là, très rapprochées et presque confondues empiétant les unes sur les autres. Dans la variole inoculée, le 6^{me} jour, au point d'insertion, apparaît la vésicule ombiliquée caractéristique ; le 8^{me}, se fait autour d'elle un cercle de boutons satellites et ce n'est qu'alors qu'éclatent les prodromes fébriles de l'exanthème généralisé. »

Prétendre que la fièvre est due à l'orchite, « c'est comme si on disait que la fièvre exanthématique de la variole est le résultat des boutons satellites. » Si la fièvre éclate au début de la maladie et en même temps que la fluxion parotidienne, si elle se calme pour reparaître ensuite en même temps que la fluxion testiculaire, c'est que la fièvre ourlienne marche par poussées successives comme les manifestations locales de la maladie.

Pourquoi la fièvre a-t-elle des rémittences ?

Pourquoi la maladie évolue-t-elle par étapes ?

Les deux questions sont également inexpliquées dans l'état actuel de la science: c'est là la manière d'être de la maladie qui nous occupe comme celle du typhus récurrent, qu'on a si justement appelé fièvre à rechutes. Ce qu'il y a de particulier dans les oreillons, c'est que la fièvre s'accompagne le plus souvent de la manifestation locale, et souvent la poussée de fièvre secondaire fait découvrir une orchite légère dont le malade ne s'était pas aperçu dès l'abord. Réciproquement, l'orchite explique la nature de la fièvre concomitante, ces deux symptômes de l'infection ourlienne se prêtent un jour mutuel. Leur coexistence a une importance capitale et une réelle valeur diagnostique dans les cas, où, comme dans l'observation XXVII, le médecin arrive au lit de son client sans pouvoir recueillir des renseignements sur le début de la maladie. Dans le cas dont nous voulons parler, l'état était si grave au moment de l'entrée à l'hôpital que M. Laveran hésitait entre une fièvre typhoïde et une méningite, le thermomètre marquait 40°8 dans l'aisselle, le malade délirait, les traits étaient tirés, il n'y avait plus de gonflement parotidien et c'est par hasard que le médecin traitant découvrit la tuméfaction testiculaire; dès lors le diagnostic et le pronostic changèrent, et trois jours après la fièvre tombait et le malade commençait sa convalescence. Dans les cas où la fièvre survenant après l'oreillon s'accompagnerait de symptômes graves, sa marche caractéristique, sa défervescence rapide, permettraient de poser le diagnostic et de porter un meilleur pronostic, alors même que l'orchite manquerait. Mais faut-il être toujours optimiste quand on a reconnu à quelqu'un de ses signes l'infection ourlienne ? Nous savons qu'il y a des cas graves, nous connaissons des cas mortels; il faut donc être toujours d'une certaine réserve.

D'ailleurs, l'atrophie testiculaire imminente dans les cas d'orchite est un point qui assombrit suffisamment l'horizon. « Ce n'est pas une mince affaire, dit Servier, que la perte ou l'affaiblissement de la virilité, surtout chez les hommes de vingt ans. Portant avec elle la menace d'une pareille conséquence, la légère maladie ourlienne devient un mal redoutable. »

L'intensité de la fièvre nous permet-elle d'apprécier la gravité de l'orchite? Malheureusement non; il en est des orchites comme des accidents graves, comme de la pneumonie dont nous avons parlé au chapitre précédent, l'absence de fièvre n'est pas un signe de bénignité: Védrènes a vu l'atrophie testiculaire à la suite d'une orchite sans fièvre, M. le professeur Kiener a vu survenir la mort à la suite d'oreillons d'orchite et de pneumonie pour ainsi dire apyrétiques.

Quant à la fièvre elle-même, elle a ceci de spécial, c'est qu'elle est généralement de courte durée et que l'économie reste par le fait moins longtemps sous le coup d'une température exagérée et des accidents qui en sont la conséquence.

Maintenant que nous connaissons la marche naturelle de cette fièvre, devons-nous lui reconnaître une indication thérapeutique particulière?

M. le professeur Bouchard, dans un cas grave, a employé des médicaments tels que l'acide phénique, l'acide salicylique et le sulfate de quinine, qui sont à la fois des antipyrétiques et des antiseptiques sérieux, et il s'est bien trouvé de sa médication.

Lichtenstein recommande, lui aussi, la quinine et l'acide salicylique et même les bains froids dans les cas d'hyperthermie. Il nous semble que c'est aller un peu loin pour une fièvre d'aussi courte durée que celle qui nous a occupé dans le cours de ce travail.

M. Sorel, convaincu de la marche cyclique de la fièvre, a

toujours traité les malades par l'expectation absolue, sans jamais se préoccuper d'une hyperthermie qu'il savait être absolument éphémère.

Pour notre part, il nous semble que dans un cas grave, ce n'est pas de la fièvre qu'il faut se préoccuper, ce n'est pas de la température qu'il faut tirer ses indications thérapeutiques, mais de la nature infectieuse de la maladie, et nous pensons, avec M. Karth, que c'est dans l'arsenal des antiseptiques qu'il faut chercher les moyens de combattre une maladie probablement parasitaire.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 16 juillet 1891.

Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut.
J. GÉRARD.

Vu et approuve :

Montpellier, le 15 juillet 1891.

P. Le Doyen,
BERTIN-SANS.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
